

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968

No 34

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme BRAUN-LECLERC Marie Josephe

née le 25 janvier 1938 à Epinal (Vosges)

Ancienne Interne des Hôpitaux

Du suicide collectif familial.
Etude médico-légale et psychopathologique
de 14 cas.

Président : M. Th. KAMMERER, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553609_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968

No 34

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme BRAUN-LECLERC Marie Josephe

née le 25 janvier 1938 à Epinal (Vosges)

Ancienne Interne des Hôpitaux

**Du suicide collectif familial.
Etude médico-légale et psychopathologique
de 14 cas.**

Président : M. Th. KAMMERER, Professeur.

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E S T R A S B O U R G

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	CALLOT Jacques
	FONTAINE René
Assesseur	CALLOT Jacques

- Professeurs Titulaires -

MM.

ARON Claude	Histologie
BASSET André	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expéri- mentale
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale1
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale
MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale2
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine Expérimentale
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale
N.....	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N.....	Hydrologie
N.....	Hygiène

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

MM. BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

MM. BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
DORNER Marc	Clinique Médicale B
KIRN André	Hygiène
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MARCOUX François	Médecine Légale
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

MM. ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE P.	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
HERAN Jacques	Pathologie expérimentale
ISCH François	Clinique Neurologique
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JAHN Henri	Clinique Médicale B
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique II (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Yvan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)
KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Hôpital Orthopédique Stéphanie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
MAURER Charles	Clinique Médicale B
Mme MAYER Simone	Hématologie
MM. PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
ROHMER Albert	Institut de Puériculture
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
VOEGTLIN Raymond	Clinique Médicale A
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

- PROFESSEUR ASSOCIE -

M. PHILIPPIDES Demètre Clinique Neurologique

- AGREGES -

MM. CHAMPY Maxime	Stomatologie
FRANK Robert	Stomatologie
KLOTZ Gilbert	O.R.L.
MEHL Jacques	Médecine Légale

- AGREGES LIBRES -

MM. BEYER Paul	MM. KUHLMANN Daniel
FORSTER Emile	KUNTZMANN Jean
HOLLENDER Louis	MULLER Jean-Nicolas

- DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE -

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MOISE, SINGER, TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. KIEHL Gilbert

- PROFESSEURS HONORAIRES -

MM. ARON Max	MM. ROHMER Paul
BURGER Paul	SCHMID Frédéric
BENOIT Jacques	THIODET Jean
ROEDERER Jean	VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Aux Maîtres qui nous ont fait l'honneur de constituer
notre Jury de Thèse

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Th. KAMMERER

qui nous a conseillée et guidée dans
ce travail.

Avec la plus grande bienveillance il
nous a accueillie dans son service.
L'humanité qu'il sait mettre dans les
relations avec le malade fut pour nous
le meilleur enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici le té-
moignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé EBTINGER

Nous avons toujours trouvé auprès de lui une grande compréhension. Sa vaste connaissance des textes, son expérience des psychoses ont été très précieuses pour notre formation.

Qu'il en soit ici vivement remercié.

A Monsieur le Professeur Agrégé ISRAEL

En témoignage de notre profonde admiration.

A Monsieur le Professeur A.-J. CHAUMONT

Nous le prions d'accepter nos vifs remerciements pour son accueil cordial et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie de notre Jury.

A nos Maîtres de la Clinique Psychiatrique

A Monsieur le Docteur L. SINGER

qui a inspiré ce travail. La sûreté
de son expérience clinique fut pour
nous un riche enseignement.

Nous sommes ici très heureuse de l'en
remercier sincèrement.

A Monsieur le Docteur R. DURAND DE BOUSINGEN

Il nous enseigna la pratique du Training
Autogène et l'utilisation des tests
psychologiques.

Aux Docteurs

J. FETIQUE, JJ. KRESS, R. WARTEL, J.C. DEPOUTOT
J.P. SICHEL

Leur amitié nous est très précieuse.

Nous les remercions vivement.

A nos Maîtres de la Clinique Neurologique

A la mémoire de notre regretté Maître

Monsieur le Professeur THIEBAUT

A Monsieur le Professeur ISCH

A Monsieur le Professeur PHILIPPIDES

A Monsieur le Professeur ROHMER

A Monsieur le Dr. METZGER

Ils nous ont accueillie avec bien-
veillance dans leur service.
Avec toute notre gratitude.

A Monsieur le Professeur STAHL

Il fut notre Maître en première année
d'internat.

Son enseignement a profondément marqué
notre formation médicale.

Qu'il **en** soit ici respectueusement
remercié.

A Monsieur le Professeur H. METZGER

A Monsieur le Professeur BOCKEL

A Monsieur le Professeur DORNER

A Monsieur le Professeur JAHN

A Monsieur le Professeur FINCKER

A nos Maîtres d'externat

A Mademoiselle M. WERNERT

qui nous a fait bénéficier de sa con-
naissance des tests psychologiques.

A tous nos amis et collaborateurs de la Clinique
Psychiatrique

Aux internes des Hôpitaux de Strasbourg

Est-ce bien toi que j'ai tuée?
C'était le destin, je t'aimais!
L'éclair fend la noire nuée,
L'abîme s'ouvre pour jamais.

C'était le destin, je t'aimais!
Que je meure afin que j'oublie!
L'abîme s'ouvre pour jamais.
O mornes yeux! lèvre pâlie!

LECONTE de LISLE

dans les "Pantouns malais"

- INTRODUCTION ET DEFINITION -

Le suicide collectif est un des actes médico-légaux qui pose le plus de problèmes tant au juriste qu'au psychiatre.

De façon assez contradictoire, si de nombreux ouvrages ont été écrits à propos de l'homicide et surtout du suicide, la littérature traitant du suicide collectif proprement dit est minime. Quoique les tendances homicides soient bien connues dans les états dépressifs psychotiques, cet aspect médico-légal particulier de la maladie est souvent seulement mentionné.

Avant tout, se pose un problème de définition, car en cette matière l'accord est loin d'être réalisé.

G. DESHAIES (24) par exemple, distingue deux sortes de suicide collectif suivant qu'il y a ou non consentement mutuel entre les partenaires. DELMAS (22) par contre, pense que le suicide à deux (suicide de deux partenaires consentants) n'est pas un suicide collectif. STROWSKI DE LANKA (120) écarte du cadre du suicide collectif tout suicide où il n'y a pas consentement entre les sujets.

Pour notre part et nous rejoignons ici G. HEUYER et

P.B. SCHNEIDER (116), nous pensons qu'il faut distinguer le suicide à deux du suicide collectif.

Le suicide à deux est le "suicide simultané" (HEUYER) de deux partenaires après accord réciproque. C'est le cas du suicide de deux amoureux contrariés, qui ne peuvent se réunir de façon heureuse parmi les vivants. Tel est le cas du Dr. BANCAL et de sa maîtresse, cité par DESHAIES.

Cette forme de suicide peut avoir éventuellement plusieurs partenaires = c'est le cas de l'observation publiée par Mina MINOVICI (100) où toute une famille moldave composée de dix membres, s'asphyxiait volontairement avec un brasero.

Le suicide collectif proprement dit, comprend un meurtre commis par l'un des protagonistes sur les autres, non consentants, souvent pendant leur sommeil, puis le suicide du meurtrier.

Le meurtre est ici tout à fait particulier puisqu'il s'agit presque toujours d'un Libéricide.⁽¹⁾

Dans cette forme de suicide, il y a d'abord une phase hétéro-agressive avec passage à l'acte = un ou plusieurs homicides, puis une phase auto-agressive = le suicide proprement dit ou meurtre de soi-même.

(1) du latin : liber, enfant et caedere, tuer.

Dans cette perspective de restreindre le suicide collectif au cadre du suicide après homicide, certains auteurs comme P.B. SCHNEIDER et P. PROVENT (108) précisent qu'il faut distinguer le suicide collectif du suicide post-agressif.

Pour PROVENT, cette dernière forme de suicide est réalisée après un meurtre, dans le but d'éviter les conséquences pénales d'un tel acte. Il est hors de doute que chez un mélancolique ce genre de motivation n'entre pas en ligne de compte.

SCHNEIDER dans le but de différencier le suicide collectif du suicide post-agressif introduit la notion de préméditation. Pour cet auteur, dans le suicide post-agressif, l'acte auto-agressif qui suit immédiatement un meurtre n'avait pas été pensé et voulu auparavant. Là encore cette distinction peut paraître bien subtile = nous ne ferons que citer ici l'une de nos observations (N° 8) où la malade mélancolique, responsable de plusieurs homicides n'a jamais eu cependant d'idée de suicide au moment de l'homicide.

Malgré tout, cette distinction a le mérite de mettre l'accent sur le fait que dans le suicide collectif c'est de la même impulsion que relèvent homicide et suicide. Il semble, en effet, bien plus s'agir d'un suicide que d'un homicide. C'est vraisemblablement dans le but de mettre en exergue le geste suicidaire, qu'on a donné différents qualificatifs au suicide collectif, encore appelé suicide "familial", "élargi" ou "altruiste".

Théoriquement, deux séquences sont possibles :

1) - La pulsion hétéroagressive est primordiale et répond à l'objectif essentiel du sujet. La réversion de l'agressivité

sur soi-même est secondaire, auto-punitive la plupart du temps et n'était pas nécessairement préméditée.

2) - La pulsion suicidaire est primordiale et répond à l'objectif essentiel du sujet. La réversion de l'agressivité sur les personnes aimées est préméditée comme un préalable qui s'impose.

Ce souci de dénommer le plus justement possible ce passage à l'acte particulier, rendait difficile l'intitulation de ce travail. Qualifier ce suicide de "familial" c'était limiter notre étude, mais cet intitulé est imparfait puisqu'il peut englober aussi bien le suicide collectif tel que nous l'avons défini que le suicide "simultané" de deux ou plus de deux partenaires. Adopter un titre plus analytique tel que : suicide après homicide, n'est également pas satisfaisant puisqu'il peut s'agir alors de suicide post-agressionnel. C'est pourquoi nous avons adopté l'expression la plus classiquement admise.

Il faut tout de même préciser qu'il y a d'abord homicide ou tentative d'homicide. C'est cette suspicion de crime qui motive l'expertise.

Les 14 observations que nous rapportons sont toutes celles de malades qui ont été examinés à la clinique Psychiatrique de Strasbourg de 1953 à 1967; à l'exception de la malade de l'observation N° 3, qui fut examiné à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld.

Pour ces 14 cas, nous disposons d'un matériel composé =

- soit de l'expertise psychiatrique seule = 4 cas
- soit de l'expertise et du dossier d'hospitalisation
= 7 cas
- soit du dossier médical seul = 3 cas.

Il est nécessaire habituellement, comme le souligne P.B. SCHNEIDER, de distinguer d'une part idée de suicide et passage à l'acte, d'autre part, tentative de suicide et suicide réussi, surtout lorsqu'on veut faire une étude statistique.

Or, parmi ces 14 observations, dans 9 cas seulement il y eut homicide, dans 4 cas il y eut tentative d'homicide ou violence, dans 1 cas (N° 14) il n'y a même pas eu de passage à l'acte suicidaire mais seulement idée de suicide. Etant donné le petit nombre de cas, il ne nous était pas possible de faire une étude statistique, c'est pourquoi nous avons rassemblé ces observations, tout en connaissant leur diversité. Même les moins caractéristiques (telles les observations N° 11 et 14) soulèvent des problèmes intéressants qui justifient le fait qu'on les ait retenues.

Ajoutons également que dans aucun de ces cas le suicide collectif n'a atteint pleinement son but, puisqu'il n'y a eu que tentative de suicide.

Notre étude comportera trois chapitres :

- 1°) - Une étude clinique avec l'exposé des observations, montrant la diversité des tableaux en cause.
- 2°) - Une étude psycho-pathologique par laquelle nous essayerons de préciser les particularités de cet acte médico-légal. Dans ce chapitre nous étudierons notamment, le rôle de l'agressivité et les mobiles inconscients du suicide collectif.
- 3°) - L'étude médico-légale proprement dite, où nous nous intéresserons aux différents problèmes qui se sont posés à propos de chacune des expertises.

- PREMIER CHAPITRE -

O B S E R V A T I O N S

Ce chapitre comporte l'exposé des observations au nombre de 14.

Au terme de chacune des observations, nous essayerons de déterminer les mobiles conscients, la cause du passage à l'acte. Ce que certains appellent la "cause crininogène". En outre, nous préciserons chaque fois le degré d'altruisme.⁽⁺⁾

⁽⁺⁾ Amour d'autrui d'après Larousse; étymologie d'après Littré: Provenç. Altrui, autrui; ital. altrui; de alter-huic, cet autre, à un cas régime : voilà pourquoi autrui est toujours au régime et pourquoi autrui est moins général que les autres.

Observation N° 1

Circonstances de l'examen

Le 12 décembre 1953, vers 6 heures du matin, madame H. Emilie s'empara d'un couteau de cuisine, trancha la gorge de sa fille Valérie qui était encore couchée. Aussitôt, avec le même couteau, elle se fit une section superficielle des deux poignets avec l'intention de se suicider. Avant de se coucher, elle alla réveiller sa seconde fille comme elle le faisait tous les matins.

Biographie

L'état de santé de la malade, cardiaque grave, hyperémotive, n'a pas permis un interrogatoire prolongé.

C'était une femme travailleuse. Sa vie conjugale n'aurait pas été heureuse. Sa deuxième fille était une arriérée, idiote, à laquelle elle s'est dévouée pendant 35 ans, elle la préférerait à sa fille aînée.

Le couple ne s'entendait pas déjà depuis longtemps, la malade ne supportait plus la vie du ménage et avait exprimé des idées de suicide. Le mari devint dément et avant de le faire admettre dans un hôpital psychiatrique où il mourut, elle le soigna pendant 2 mois comme un enfant.

C'est après le décès de son mari qu'elle donna des signes plus nets de dépression : elle s'isolait, parlait peu, pleurerait souvent. Elle avait même à plusieurs reprises, déclaré qu'elle se suiciderait mais qu'elle voulait entraîner avec

elle dans la mort, sa fille idiote, afin qu'elle ne soit pas abandonnée. Son entourage essayait de la réconforter, en particulier un vieil ami qui venait souvent lui rendre visite.

Au début du mois de décembre 1953, deux circonstances vinrent aggraver son état dépressif : ce fut d'abord la mort de son ami, qui la toucha beaucoup, puis, quelques jours après, l'affection cardiaque dont elle souffrait depuis longtemps s'est compliquée de petites hémoptysies et de dyspnée intense. Elle pensa sa mort prochaine. Il lui était intolérable d'imaginer que sa fille Valérie lui survivrait, cette idée l'obsédait. Elle ne dormait plus et passait les nuits à déambuler. Elle priait pour qu'une maladie ou un accident providentiels emportent sa fille avant elle.

Une solution s'imposait de plus en plus à son esprit : tuer sa fille, puis se suicider. Cette lutte intérieure dura 2 jours et 2 nuits, jusqu'à l'aube du 12/12, où la décision d'en finir l'emporta.

Examen de la malade

On est en présence d'une femme de 67 ans, dyspnéique, cyanosée, en mauvais état général. L'insuffisance cardiaque est assez avancée avec oedèmes des membres inférieurs et tachyarythmie.

On est en outre frappé par la sérénité apparente de la malade quelques heures après le passage à l'acte. Elle répond aux questions avec lucidité, précision et logique. Son récit est exposé avec simplicité et résume parfaitement la situation et les mobiles de son acte. On ne relève aucun indice de confusion mentale ni d'affaiblissement intellectuel. Cette maî-

trise de l'émotivité n'a duré que quelques heures.

Arrivée à l'hôpital psychiatrique madame H.. est tombée dans un état de dépression profonde avec angoisse et sentiment de mort imminente. Son état cardiaque s'est à ce moment-là aggravé et on craignait même une issue fatale.

Après quelques semaines de traitement, son état s'est amélioré, elle était mieux lors du second entretien.

L'excellente conservation des fonctions intellectuelles et la sérénité de façade cachaient un effondrement total du dynamisme instinctivo-affectif : usée par les dures épreuves de son existence et consciente de la gravité de son état cardiaque, la malade est totalement détachée de la vie, elle n'aspire plus qu'à mourir. Elle accepte son sort avec indifférence : que lui importe d'être dans un hôpital psychiatrique ou en prison. Elle vit isolée, ne cherchant pas le contact avec son entourage. Ce sont les manifestations d'une dépression profonde, sans élément psychotique, en effet, il n'y a aucune attitude délirante ni auto-accusation, ni sentiment d'indignité ou de culpabilité.

Conclusion

Il s'agit d'une dépression grave réactionnelle. L'arriération profonde de sa première fille, la mésentente avec son propre mari, décédé en asile après avoir nécessité une surveillance de tous les instants, autant d'épreuves qui se sont accumulées et ont lourdement gravé son affectivité.

Enfin le décès d'un vieil ami, son dernier soutien, et surtout l'aggravation de sa cardiopathie, n'ont fait qu'accroître

tre son angoisse. C'est alors que sentant sa mort imminente, elle fut déterminée à tuer sa fille aînée, pour la soustraire à une existence précaire, privée du soutien maternel.

L'homicide est typiquement altruiste.

o
o o

Observation N° 2

Circonstances de l'examen

Le dimanche 5 Septembre 1954, avant l'aube, monsieur G. qui songeait depuis la veille déjà à détruire sa famille, essaya d'asphyxier sa femme et quatre de ses enfants, l'aîné étant absent, pendant leur sommeil. L'asphyxie n'ayant pas réussi il se saisit d'une hache, assomma sa femme et ses quatre enfants puis leur trancha la gorge. Il rassembla ensuite les cinq cadavres sur le lit conjugal. Après avoir mis un bleu de travail, il quitta son domicile à bicyclette. Il laissa un billet d'adieu à la porte de la maison de ses parents puis se rendit dans la forêt où il semble qu'il ait erré jusque vers 18 heures. Il se mêla ensuite aux spectateurs d'un match de foot-ball.

Comportement de Monsieur G. depuis le 12 juin 1954.

Le 1^{er} juin 1954, il consulta le médecin pour des troubles dans la région cardiaque. Il fut mis en congé de maladie.

L'E.C.G. du 9 juin, confirma l'absence de lésion cardiaque. Monsieur G. fut traité par des sédatifs et reprit le travail le 20 juin.

Puis suivirent plusieurs négligences professionnelles qui culpabilisèrent énormément Monsieur G. Il est difficile de préciser la date exacte de la première irrégularité dans le travail. Etait-ce avant ou après son congé de maladie? Toujours est-il que le directeur de la tuilerie, où il travaille comme cuiseur, ayant constaté une négligence professionnelle, l'avait menacé de réduire sa prime.

Le 5 juillet, on constate une nouvelle négligence : les appareils d'alimentation en charbon, dont Monsieur G. avait la surveillance étaient totalement déréglés. Il fut alors mis à pied 8 jours. Cet incident fut peut-être la cause de l'aggravation de son état. C'est en tout cas à cette époque qu'il sombra dans un état dépressif profond. Sa faute lui semblait être l'indice d'une déchéance dont il ne sortirait plus. Il se voyait déjà renvoyé de son emploi et sa famille dans la misère. Il continua cependant son travail et en même temps se fit traiter par divers médecins. Du 17 au 24 août, il fut remis en congé de maladie. Il ne dormait plus, mangeait sans appétit. Son entourage remarqua qu'il s'isolait, qu'il était parfois absent, plongé dans des ruminations morbides. On le poussa à consulter un psychiatre.

Le 30 août, une tentative de suicide par pendaison fut le motif de cette consultation; la soeur du malade, plus énergique que les autres membres de la famille, révéla la gravité de son état au médecin et obtint qu'il soit examiné par un psychiatre. Son état nécessitait une hospitalisation immédiate, mais, dans son optique de mélancolique, il redoutait par dessus tout cette décision. Le psychiatre qui l'examina ne put obtenir le consentement de sa femme, qui, apitoyée, le ramena à la maison.

A partir de ce moment-là, il vécut dans la hantise d'un internement. Il ne retourna plus au travail et passa les journées du 3 et 4 septembre à quelques occupations domestiques. Il était obsédé par l'idée de faire nourrir sa famille : c'était, à son avis, le seul moyen de maintenir la famille unie, dans la mort puisque la vie ne le permettait pas. Pendant ces deux jours, il médita l'extermination de sa famille.

Biographie sommaire :

On ne relève aucun antécédent psychiatrique familial.

A l'école primaire, il se montra peu doué. L'instituteur a gardé de lui le souvenir d'un enfant craintif et sensible.

A l'âge de 14 ans, il entra aussitôt comme cuiseur dans l'usine où il travaillait encore ces derniers temps. En 1944, il fut mobilisé dans la Wehrmacht et envoyé en Russie. Il fut blessé à l'omoplate gauche par un éclat et dut être hospitalisé 3 à 4 mois. Il rentra chez lui en convalescence et dut rester caché jusqu'à la fin de la guerre. Ces événements de guerre semblaient n'avoir entraîné aucune suite.

Après la guerre il se maria et eut 5 enfants, dont le dernier était âgé de 10 mois. Le ménage vivait heureux, dans une certaine aisance. L'année précédente il avait acheté une maison pour laquelle il ne lui restait plus qu'une faible somme à payer. Il était sobre et menait une vie très calme.

Examen psychiatrique

Lorsqu'on examine le malade il est en plein désarroi. Il est accessible à l'interrogatoire mais l'émotion obnubile sa mémoire. Il confond certaines dates et se fatigue rapidement. Son habitus est celui d'un mélancolique anxieux fixé sur des images obsédantes. Il est totalement obnubilé par l'idée d'une catastrophe devant laquelle il reste perplexe et vaincu. Il est incapable d'adopter une attitude rationnelle devant les événements écoulés : tantôt il semble avoir conscience du drame dont il a été le principal acteur, il ne peut alors en endosser la responsabilité: "J'ai dû agir dans l'inconscience" (ich muss

weg gewesen sein) sans quoi je n'aurais pas commis cet acte; tantôt il ne peut se résoudre à accepter la réalité : "mais ils vivent tous encore.... ils sont à l'hôpital... je le sais". Il s'exprime avec la même ambiguïté au sujet du sort qui lui sera réservé: "je sais que je dois mourir.. je ne vivrai plus longtemps... c'est la dernière fois que je viens devant vous. Je n'ai plus besoin de me suicider, on me tuera"; mais il se sait malade et admet que la justice ne punit pas un malade.

Toute sa dialectique est très perturbée : des affects de mort, de ruine, de communion avec les siens s'expriment sans cohérence, dans une tonalité anxieuse parfois avec des larmes.

On ne note pas de thème persécutif net. Cependant, depuis 2 mois, il croyait sombrer dans la déchéance et était persuadé que les autres le considéraient comme fou et qu'on l'interne-rait. Il dit aussi qu'il avait toujours été très attaché à sa femme et ses enfants et qu'il n'aurait jamais pu tolérer de quitter l'intimité du foyer.

Le niveau intellectuel du malade semble être au-dessous de la moyenne. Toutefois, son état affectif ne permet pas une appréciation valable.

Conclusion

Il s'agit d'une mélancolie anxieuse évoluant déjà depuis au moins deux mois.

Mis à part les conditions de vie modestes, nous n'avons pas connaissance dans ce cas d'antécédents particuliers.

Mais déjà déprimé, les négligences professionnelles qu'il

a commises n'ont fait qu'accentuer sa culpabilité. Le massacre de sa famille s'inscrit dans son délire mélancolique. Il projeta son sort malheureux et ses idées de déchéance sur sa famille. Ce qu'il craignait avant tout c'était la désunion du foyer. L'éventualité d'un internement ne faisait qu'accentuer cette crainte. Et c'est après plusieurs jours de rumination qu'il passa à l'acte.

Ici, l'altruisme est flou. L'atmosphère de catastrophe est imminente. Le malade réalise par les actes, la catastrophe perçue dans ses fantasmes délirants.

o
o o

Observation N° 3

Circonstances de l'examen

Le 31 juillet 1958 à 13 heures, Madame W.. Marie est admise d'urgence en hôpital psychiatrique avec le certificat suivant : Dans un accès de folie a gravement blessé ses 3 enfants et tenté de mettre le feu à sa maison.

La malade a 38 ans. Elle est calme, légèrement obnubilée et désorientée, propre de sa personne en dépit du désordre de ses vêtements. Elle présente quelques plaies du cuir chevelu et de la face; des traces de brûlures aux deux bras. Elle s'inquiète de ses blessures, demande qu'on la panse et se plaint qu'on l'ait laissée sans soin jusqu'à présent.

C'est l'interrogatoire du mari, de l'entourage puis des témoins qui permet de reconstituer les faits suivants :

Rappel des faits :

A 5 h 15 Madame W.. et son mari se lèvent selon leur habitude; elle prépare le petit déjeuner de son mari sur un réchaud à alcool. Pendant ce temps, lui, achève un rangement interrompu la veille. Il bavarde avec sa femme qui lui paraît tout à fait normale.

5 h 35 Mr. W.. part à son travail, sa femme prépare le déjeuner du fils aîné.

6 h 35 Départ du fils aîné, apprenti menuisier, qui ne remarque rien de particulier.

6 h 45 Donc à peine 10 minutes plus tard, un voisin inquiet d'entendre des cris dans la maison W. va prévenir une voisine qui, s'approchant de la maison, regarde par la fenêtre de la cuisine. Elle n'y voit personne mais est frappée par le fait, qu'en plein été brûle dans le foyer un feu d'enfer. Elle entre dans la maison, entend des appels venant de la chambre où dorment les enfants. En y pénétrant, elle aperçoit au milieu de la fumée d'un début d'incendie, Madame W. armée d'une hache qui frappe sur un lit vide, en criant : "Aidez-moi, aidez-moi donc.. "Interpelée Madame W. se retourne mais ne paraît pas voir son interlocutrice; elle regarde autour d'elle d'un air hagard. La voisine sort alors chercher de l'aide. Quelques minutes plus tard, Madame W. ayant laissé tomber sa hache, sort et part en courant en direction de la rivière, située à une cinquantaine de mètres en contre-bas. Elle est dépassée sur le chemin par un jeune homme de 17 ans qui se rendait à son travail à bicyclette; il remarque son air effaré et ses blessures. Il la voit se jeter à l'eau, tentant de lui porter secours, il entre dans l'eau, la saisit par la main, ils sont entraînés quelques mètres par le courant, mais il reprend pied et essaie de la tirer vers la rive. Madame W.. se débat violemment et crie : "C'est fini. Laisse-moi crever, laisse-moi crever..." Des voisins viennent l'aider. Subitement, elle cesse de se débattre et perd connaissance. (Selon certains témoins il y aurait eu quelques secousses cloniques des extrémités). Elle devient livide, la respiration semble arrêtée et la résolution musculaire est complète. On la transporte chez elle en la tenant pour morte.

7 h 00 Entre temps, les gendarmes sont arrivés à la maison W.. et font transporter à l'hôpital les trois enfants que l'on a découverts en éteignant le début d'incendie. Les 3 enfants

présentaient des enfoncements de la voûte crânienne, des blessures de la face et des yeux par coups de hache et des brûlures graves de la face, des membres et du tronc.

Deux d'entre eux, Jean-Pierre 6 ans, Liliane 9 ans, sont morts le jour-même. La troisième Suzanne 9 ans est décédée quelques jours après.

7 h 30 Madame W.. toujours comateuse, est examinée par un médecin qui demande son transport à l'hôpital.

De 8 heures à 12 heures, elle demeure enfermée dans une chambre à l'hôpital de sa ville, apparemment seule et sans soin. Elle serait restée une heure ou deux dans un état comateux, auquel aurait succédé un état d'agitation. Un médecin passant dans le couloir, sans être au courant des faits, l'observa un moment: elle lui parut confuse, agitée de façon désordonnée par courts accès, ne parlant pas, ne répondant pas aux questions, paraissant hallucinée.

Au moment du transport à l'hôpital psychiatrique, vers midi, elle était calme, semblait comprendre les questions, incapable de répondre, si ce n'est de façon tout à fait inintelligible et avec beaucoup d'efforts. Durant le transport, son mari qui l'accompagne, a l'impression qu'alternent des phases de confusion et de lucidité. Dans ces moments de lucidité, elle s'inquiète de l'heure, semble croire qu'il est tôt le matin, s'aperçoit de ses blessures et se demande pourquoi on ne l'a pas soignée chez elle ou à l'hôpital, puis de nouveau elle semble absente et parle de façon incompréhensible.

Remarque

Les témoignages sont contradictoires en ce qui concerne

les traces de brûlure sur les lits d'enfants. Il existe deux versions :

- 1) Mme W.. aurait déposé des tisons brûlants dans les lits, certains déclarent avoir vu sur deux lits des morceaux de bois calcinés. Le foyer de la cuisine était ouvert et on a retrouvé une pelle à ordure ayant probablement servi à transporter les tisons.

- 2) D'autres pensent plutôt que Mme W.. a arrosé les lits d'alcool et y a mis le feu. Une boîte d'allumettes a été retrouvée sur le sol de la chambre.

Mais ne pourrait-il s'agir d'un accident? = Mme W.. aurait mis le feu à ses vêtements en renversant de l'alcool (elle avait l'habitude d'activer l'allumage du feu en versant de l'alcool dessus), elle se serait réfugiée dans la chambre des enfants, peut-être la bouteille à la main et y aurait provoqué l'incendie, qu'elle aurait essayé d'éteindre en frappant sur la literie avec le premier objet retrouvé. En fait, cette hypothèse pouvait facilement être réfutée, tout s'y oppose.

Antécédents médicaux marquants depuis 1956

Aucun antécédent particulier n'est à relever avant 1956. En décembre 1956, c'est pour une suspicion de grossesse que Madame W.. va consulter son médecin. En Janvier 1957, le médecin fait le diagnostic de grossesse devant : l'aménorrhée, l'utérus un peu agrandi, la congestion des seins et des signes subjectifs à type de nausées matinales, anoxerie et fatigue.

Au cours des mois suivants, elle revoit plusieurs fois le médecin pour des épisodes de fatigue avec anoxerie et insomnie.

Avec quelque fortifiant tout s'arrangeait en quelques jours.

Vers le 10 mai 1957, en rentrant de l'école, ses enfants la trouvent étendue à terre sans connaissance. Ils vont chercher la grand-mère mais quand ils reviennent à la maison, ils la trouvent debout, s'occupant de son ménage, n'ayant aucun souvenir de l'incident. Le médecin appelé la fait hospitaliser. On la considère comme "hypocondriaque". Elle paraît avoir des moments d'inquiétude immotivée, des crises dyspnéiques, suivies d'un accès de suffocation, au cours duquel elle pâlit. En quelques minutes, elle redevient calme, mais au terme de ces accès, elle se sent fatiguée et parfois s'endort. Ces accès sont étiquetés "d'hystériques".

Mais quelques jours après, elle fait en présence du médecin, une crise convulsive généralisée typique, avec perte de connaissance et amnésie, sans aura ni perte d'urine, ni morsure de langue. Un traitement barbiturique semble l'améliorer, elle rentre chez elle fin juin. Durant l'été, elle fait renouveler régulièrement son ordonnance. Fin août, elle va consulter son médecin à la demande de la CPSS qui avait continué à verser les indemnités de grossesse. En raison de l'aménorrhée persistante et inexplicable au cours de cet examen, on lui propose une nouvelle hospitalisation qu'elle refuse catégoriquement. Il est alors impossible de savoir si le traitement anticomitial a été continué ou interrompu. Toujours est-il que durant l'hiver 57-58, elle se plaint de "vertiges", de "trous" de mémoire, de chutes avec perte de connaissance. Les accès de dyspnée réapparaissent également.

Au début de l'année 1958, le mari a plusieurs fois remarqué qu'elle lui semblait "changée". Elle se sentait abattue, triste, bizarre. Elle avait peur de devenir folle.

Le 27 juin 1958, elle retourne chez son médecin qui la trouvant anxieuse lui prescrit du Largactil et des somnifères. Durant les semaines, suivantes, son comportement sembla normal, mis à part une journée, où elle fit sa lessive sans parler, sans répondre aux questions, elle se coucha anormalement tôt. Le lendemain, elle voulut préparer sa lessive et fut étonnée de la trouver déjà étendue. Elle est ensuite plus "renfermée", Les oublis se multiplient, par moment, elle ne trouve plus ses mots. Monsieur W. se rend dans un village des environs pour une affaire d'héritage. Et Madame W.. semble très contrariée par le tour que prend l'affaire. La veille du crime, elle ne va pas voir sa mère contrairement à son habitude, mais ses voisins n'ont rien remarqué de particulier dans son comportement.

Comportement de la malade durant son hospitalisation

Peu après son admission, interrogée, Madame W.. semble n'avoir aucun souvenir des événements du matin. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, parle lentement et s'exprime avec difficulté. Elle explique malgré tout, lors d'une crise semblable, être tombée sur le fourneau et s'y être brûlée.

Le lendemain, l'amnésie, concernant les faits de la veille demeure totale. Elle se souvient cependant avoir été à l'hôpital de sa ville. Elle est toujours désorientée dans le temps et l'espace, sait seulement qu'on est en "été".

Le surlendemain, elle est correctement orientée. Elle parle de son passage à l'hôpital et se demande pourquoi on ne l'y a pas soignée.

Elle se plaint de céphalées et de douleurs dues aux brûlu-

res. Elle sourit quand on lui adresse la parole, répond lentement. D'après les infirmières, par instants, elle semble absente, à d'autres moments elle parle seule à voix basse de façon incompréhensible.

Les jours suivants, elle est calme, docile, souriante, peut-être encore un peu obnubilée. Elle s'isole, ne parle pas spontanément. Quand on l'interroge, elle répond de manière satisfaisante aux premières questions, mais elle se lasse rapidement et ne répond plus qu'à contre-cœur, lentement, péniblement. Il faut alors lui répéter plusieurs fois la question. Ses plaintes concernent uniquement les plaies infectées dues aux brûlures. Elle dort cependant bien.

Au cours des entretiens suivants, la bradypsychie s'atténue, mais les réponses demeurent évasives. Elle ne répond aux questions concernant la famille, son enfance que de manière très vague : tout allait bien, elle s'entendait bien avec tout le monde, elle était plus gaie autrefois. Elle n'a jamais été malade avant l'an dernier.

Au service, le comportement est celui d'une malade atone, elle passe inaperçue, à part quelques réactions impulsives ou puériles sans conséquence. On remarque aussi quelques accès de pleurs subits sans raison apparente.

Le 10 août pour la première fois, elle demande pourquoi son mari ne vient pas la voir.

Début septembre : elle demande pourquoi on la garde hospitalisée, alors que ses plaies sont guéries. Elle demande des nouvelles de ses enfants sans éprouver de craintes particulières. Elle écrit même à sa mère pour lui demander de s'occuper de ses enfants, qu'elle croit chez elle.

Fin septembre : Nouvelle demande de sortie. Le médecin du service répond qu'elle ne peut rentrer chez elle pour le moment après ce qui s'est passé. Quelques jours plus tard, elle revient à sa question et demande "ce qui s'est passé". On lui répond que ce sont des faits très graves dont elle se souvient peut-être. Mais elle dit se souvenir uniquement des jours qui ont précédé son admission, elle était alors très déprimée, fatiguée, ne dormait plus, ne mangeait plus.

C'est environ une semaine plus tard, qu'elle manifeste de l'inquiétude et demande des précisions sur les événements qui ont justifié son internement. On lui apprend alors la mort de ses enfants et sa tentative d'incendie de la maison. Elle paraît d'abord étonnée, puis attérée, elle ne peut croire à la mort de ses 3 enfants.

Les jours suivants, apparaît une réaction dépressive importante, qui nécessite une cure de sommeil. Il est alors difficile de lui parler, dès qu'on lui adresse la parole, elle se met à pleurer et répète : "Ce n'est pas possible.... je ne peux pas vivre sans mes enfants... je veux mourir s'ils sont morts." Mais elle n'extériorise pas nettement de sentiment de culpabilité.

Par la suite, l'état dépressif s'atténue et la malade s'adapte peu à peu à la vie normale du service. On ne constata plus de crise d'épilepsie.

Biographie sommaire

Madame W.. est la 3^e de trois sœurs. Les deux aînées sont en vie et en bonne santé. La grossesse et l'accouchement ont été normaux. Durant les premières années, il n'y eut aucune difficulté éducative, pas de maladie grave, en particulier pas

d'antécédent de nature méningo-encéphalitique. Enfant, elle était plutôt de caractère gai, joyeuse, obéissante. La scolarité normale a été suivie jusqu'à l'âge de 13 ans. Les seuls antécédents intéressants qu'on puisse relever à cette époque sont des chutes, sans perte de connaissance véritable, survenant toujours dans les mêmes circonstances: à l'église ou en groupe. Ces épisodes furent peu nombreux et disparurent ensuite.

Après l'école primaire, la malade travaille dans la ferme de ses parents. En 1938, le père meurt subitement, d'un ictus semble-t-il. La malade aurait fait à la suite de ce décès, un épisode dépressif au cours duquel elle était anorexique, fermée et méfiante. La mort du père entraîna un changement matériel important dans la famille, au point que Madame W... dut travailler en usine, dans une fabrique de chaises. Ce travail lui convenait d'ailleurs mieux que les travaux aux champs. Dans son atelier elle fit la connaissance de son futur mari. Elle se maria en 1942. La même année naissait un fils J.B... A quelque temps de là, le mari fut mobilisé par les Allemands et mourut en Yougoslavie. L'enfant fut élevé par la grand-mère maternelle afin que Mme W.. puisse continuer à travailler. Trois ou quatre ans plus tard, elle se lia avec un manoeuvre de l'usine, qu'elle épousa en 1949, deux semaines après la naissance de jumelles. Ce mariage semble avoir contrarié la mère de la malade. En effet, elle ne tarissait pas de jugements sévères sur le second mari de sa fille. Durant quelque temps cependant, le ménage cohabita avec la mère, mais le mari n'était pas admis à la maison en dehors des heures de repas, il couchait dans la grange. Le couple ne pouvait se reformer que si Madame W.. enfreignait les consignes de sa mère pour rejoindre son mari dans l'annexe.

Finalement les conflits étant de plus en plus nombreux, en

1951, Madame W.. accepta de venir habiter avec son mari dans une baraque fournie par le MRU. Le fils aîné J.B. vint vivre avec eux et s'entendait bien avec son père adoptif. Un quatrième enfant naquit en 1952. La mère de la malade resta toujours aussi hostile vis-à-vis de son gendre, celui-ci cependant acceptait de lui faire quelques travaux.

Madame W.. par contre, rendait visite quotidiennement à sa mère, à qui elle faisait un compte-rendu fidèle de tous ses actes, en particulier de ses achats.

Les gens du village connaissaient les reproches lancés contre M.W. mais ils sont unanimes à dire qu'ils sont faux et que c'est au contraire un homme simple, fruste et doux, stable, régulier dans son travail et sobre.

Madame W.. a dans son village la réputation d'une bonne ménagère, soigneuse, très scrupuleuse. Mais il était souvent difficile de la complimenter sur la politesse de ses enfants par exemple, car elle était très susceptible; elle répondit même une fois: "Je sais bien que je ne sais pas me tenir et que je ne peux pas parler avec des gens comme vous."

Tous la considéraient comme souffrant d'un sentiment d'infériorité, comme si toujours elle craignait une allusion ironique à sa pauvreté. On lui avait même fait des offres de travaux ménagers à domicile, offres flatteuses qu'elle a toujours refusées, parce qu'elle n'avait aucune notion de politesse et de savoir-vivre. C'est pour la même raison qu'elle évitait d'aller chez ses voisins tout en restant en bons termes avec eux.

Les examens complémentaires

L'E.E.G. joints aux données de l'examen clinique ont permis de conclure à une épilepsie temporale de type psycho-moteur, sans cause tumorale ou autre décelable.

Conclusion

Le problème est ici un peu différent puisqu'il s'agit d'une épileptique. Cependant, au cours de l'interrogatoire, on peut noter plusieurs difficultés qui ont pu l'ébranler: elle avait fait un épisode dépressif à la suite du décès de son père; jeune mariée elle perdit son mari pendant la guerre en Yougoslavie; renariée elle se heurtait sans cesse à sa mère, qui resta toujours hostile à son gendre. Ces difficultés peuvent en particulier expliquer son attitude auto-dépréciative. Un fait, enfin, a pu jouer un rôle favorisant c'est cette affaire d'héritage pour laquelle le mari s'était rendu, le matin du crime, dans un village voisin. Elle était inquiète du tour que prenait l'affaire, elle en parlait souvent et ceci devenait chez elle une idée fixe.

Au moment de la crise psycho-motrice, lorsqu'elle frappait à coup de hache, elle criait : "aidez-moi..." comme si elle se défendait contre quelque danger.

Cette malade avait déjà fait des crises épileptiques, des états crépusculaires : en particulier, le jour où elle fit sa lessive comme un automate.

Comment, dans ces conditions, une crise put-elle brusquement prendre cet aspect destructeur? Il est possible que la tension émotionnelle créée par les contrariétés réelles ait contribué à déclencher l'explosion de fantasmes persécutifs et

agressifs restés latents jusqu'alors.

Il n'y a pas eu de préméditation, pas de motivation situationnelle adéquate. L'ambiance dépressive consciente est relativement modérée. Le geste altruiste semble en corrélation avec des fantasmes oniriques.

o
o o

Observation N° 4

Rappel des faits

Le 7 février 1959 Madame M.. Âgée de 21 ans est découverte dans sa salle de bain sans connaissance. Elle a été intoxiquée par du gaz d'éclairage. A côté d'elle on retrouve le cadavre de sa fille âgée de 6 mois.

Après avoir repris connaissance, Madame M.. raconte que le matin lorsqu'elle a voulu donner son biberon à l'enfant, elle lui a trouvé les yeux vitreux, elle avait du mal de respirer et elle serait morte pendant la prise du biberon. Devant ce spectacle, elle aurait décidé de suivre sa fille dans la mort. Elle amena le gaz par une série de tuyaux jusqu'à la salle de bain où elle tenta de s'intoxiquer.

Les déclarations de la malade ne sont d'ailleurs pas absolument superposables d'un interrogatoire à l'autre, mais il semble que la version ci-dessus soit la plus constamment exposée.

Examen

L'examen somatique ne révèle aucune perturbation si ce n'est une aménorrhée datant de décembre 1958, qui s'explique par le fait que Madame M. est enceinte.

Il n'y a aucun trouble des fonctions intellectuelles = mémoire et orientation sont normales ainsi que le jugement et le raisonnement. Toutefois, pendant une durée de quelques semaines elle était incapable de reconstituer la scène au moment

de la tentative de suicide.

On ne trouve pas de signes de la série psychotique.

Par contre, on peut constater plusieurs symptômes névrotiques = en particulier des phobies durant l'enfance. Elle contrôlait toujours avec soin la fermeture des portes, le contenu des armoires et le dessous des lits de peur qu'il y ait quelqu'un qui veuille l'attaquer. Cette peur d'être attaquée persiste actuellement, en particulier crainte d'être attaquée par derrière, par un homme. Elle associe ces peurs au souvenir d'un Nord-Africain qui l'aurait poursuivie un jour qu'elle rentrait d'une leçon de musique.

Par ailleurs, on découvre une tendance dépressive et auto-dépréciative très nette.

En effet, elle considère que les autres gens sont mieux qu'elle, elle les envie parfois et craint d'être observée surtout par les hommes. Elle pense ne pas être comme les autres, elle a quelque chose de différent, en un mot elle a peur de paraître anormale.

C'est une forme d'auto-dépréciation et de culpabilité dont on retrouve aisément les origines.

Dans sa petite enfance Madame M.. chapardait du sucre. Pour déshabituer l'enfant de ses larcins, on mit dans l'armoire où était le sucre, un masque qui devait l'effrayer. On lui dit que c'était St. Nicolas qui l'épiait. Cette frayeur est un des souvenirs les plus vivaces de l'enfance de cette malade.

On retrouve également dans la biographie des éléments qui illustrent bien ce sentiment auto-dépréciatif et auto-punitif :

c'est ainsi qu'elle ne s'est pas présentée à l'examen du CAP de couturière qui lui aurait donné beaucoup plus de débouchés que le brevet de compagnon, c'est ainsi également qu'elle a abandonné les leçons de musique qui lui procuraient grand plaisir. Elle s'est aussi brouillé après son mariage avec ses amies en donnant l'impression d'être dans son tort. Enfin, elle se souvient avoir un jour versé de l'essence sur un feu en sachant bien que cela était dangereux et elle fut assez sérieusement brûlée aux mains.

Biographie sommaire :

Madamé M.. est née le 9/4/1938. Elle est la deuxième d'une fratrie de 8, l'aînée étant une soeur. Elle fut élevée au domicile des parents. La mère est actuellement en bonne santé et vit d'une pension et des allocations familiales.

Le père est mort en 1954 des suites d'un traumatisme crânien (A.T.).

Scolarité : elle va en classe jusqu'à l'âge de 14 ans, passe le C.E.P. qu'elle réussit.

De 14 à 18 ans : elle va dans une école de couture et obtient le brevet de compagnon. Les souvenirs durant cette période mettent en évidence des disputes fréquentes avec ses soeurs et la crainte du père qui était sévère et ne voulait pas laisser sortir ses enfants. La mère n'a pas laissé de souvenir marquant mais Madame M.. nous dit qu'elle avait toujours peur de tout le monde. C'est aussi à cette époque, qu'elle se souvient avoir été prise d'un fou-rire incoercible à l'enterrement de son père.

Après son apprentissage, elle travaille quelques mois et

se marie très rapidement, enceinte de plusieurs mois, avec un jeune homme qu'elle a connu à la sortie de la messe. C'est un jeune polonais, dessinateur industriel, dont les parents sont assez mécontents du mariage. Depuis ce mariage, en 1956, Madame M.. est fréquemment malade et souffre en particulier de douleurs pelviennes attribuées à une salpingite. Elle a accouché une première fois en 1956 d'un garçon et une deuxième fois en août 1958, donnant naissance à la fillette trouvée morte à côté d'elle.

Il est important de décrire quelque peu le milieu où vivait Madame M.. ces derniers temps: il s'agit d'un milieu polonais où elle a toujours été considérée comme une intruse. La belle-mère, sans se livrer à des sévices particuliers, contrôle pourtant tout dans le ménage. Le beau-père est absolument inaccessible puisqu'il ne parle pas français. Père, mère et fils M. parlent constamment polonais entre eux faisant sentir à la jeune femme sa situation d'étrangère. Pourtant, il faut signaler que le mari n'a jamais eu un comportement critiquable à l'égard de sa femme, tout au plus était-il maladroit et ne se rendait-il pas compte de l'hostilité latente de sa femme à l'égard de sa mère.

Ce conflit latent est objectivé par le fait que la propre mère de la malade ne lui a jamais rendu visite dans son nouveau milieu.

Conclusion

Quelles sont les causes et la signification de l'acte?

Nous avons noté la symptomatologie phobique de l'enfance et surtout l'auto-dépréciation et les réactions d'auto-punition

qui jalonnent toute la biographie. Ces éléments entrent dans le cadre d'une névrose dépressive.

Son isolement était total, depuis son mariage elle avait rompu avec ses anciennes amies et même le langage de la "Cellule M" lui était étranger. Or, le matin du suicide, le seul être humain auquel elle fut très attachée, sa fille, enfant désiré contrairement au fils aîné, est moribonde. Il n'y a donc pas de suicide collectif proprement dit, mais plutôt un suicide réactionnel à la mort naturelle de l'enfant. Mais l'état de sidération est tel que la malade ne fait rien pour sauver la vie de l'enfant. C'est cette absence de toute action qui fait qu'on peut tout de même assimiler ce suicide à un suicide collectif.

L'impulsivité de la conduite de Madame M.. et surtout le passage à l'acte semblent bien déborder le cadre de la névrose et constituer un raptus psychotique qui serait à rapprocher de la bouffée délirante.

Le pronostic ne peut être que réservé, car à 21 ans, cette symptomatologie peut être l'annonce d'une évolution schizophrénique.

o
o o

Observation N° 5

Rappel des faits

Le 22 mai 1960, vers 11 heures du matin, Madame H.. Odette, âgée de 39 ans, absorbe 3 g de Gardénal. Elle avait préparé 3 tasses contenant du gardénal. Elle en a donné à son fils Raymond âgé de 8 ans. Elle voulait également en faire boire à sa fille Claudine de 11 ans, qui elle, recracha la mixture amère et réussit à s'enfuir du logement. Quand on découvrit Madame H. et son fils, ils étaient tous deux dans le coma. L'enfant mourut quelque temps après. La malade put être ranimée dans une clinique médicale d'où elle fut transférée en milieu psychiatrique.

Biographie :

Madame H.. est née le 7.8.1920, 8^{ème} d'une fratrie de 9. Elle n'a pratiquement pas connu son père, hospitalisé peu de temps avant sa naissance dans un hôpital psychiatrique où il est resté jusqu'à sa mort. Elle ne le voyait qu'au cours de ses évasions.

Elle est élevée par une mère assez dure, qu'elle perd à l'âge de 18 ans. Elle fréquente l'école irrégulièrement, car sa mère l'oblige à travailler à la maison et aux champs. Déjà à cette époque elle a des idées de suicide.

A l'adolescence, elle travaille dans une fabrique de chemises.

A la mort de sa mère, elle est recueillie d'abord par un

frère boulanger, où elle prétend avoir été l'objet de la jalousie de sa belle-soeur.

A 20 ans, elle vit temporairement chez des cousins restaurateurs puis retourne chez une de ses soeurs qui tient le restaurant de ses parents. C'est là qu'elle fait la connaissance de son mari, alsacien évacué à l'intérieur en 1940. Elle est amoureuse de lui mais prétend ne rien savoir de la sexualité. Elle est renvoyée par sa soeur et se marie le 18 octobre 1941, enceinte au 4^e mois.

Une première fille naît en 1942.

A la libération, ils reviennent en Alsace. Dès le début, le ménage marche mal. Le mari boit et bat sa femme. Elle est mal vue par les beaux parents qui considèrent le mariage comme une mésalliance. Le mari travaille comme chauffeur et elle même fait des ménages. Ils ont ensuite deux autres enfants: une deuxième fille naît en 1949 et un garçon en 1951.

En 1953-1955 lassée par la brutalité de son mari, qui la trompe, elle a une liaison amoureuse, mais la présence de trois enfants l'empêche de divorcer.

Les premiers troubles psychiques sérieux apparaissent en 1957. Elle présente alors un premier épisode dépressif pour lequel elle est d'abord hospitalisée en clinique médicale en juin 1958, puis dans un hôpital psychiatrique où elle reste du 23/9 au 30/10/1958. Elle présente alors une dépression "mélancolique", mais on relève certains symptômes atypiques, qui font évoquer le diagnostic de schizophrénie.

De Novembre 1958 à Juin 1959, elle se repose dans l'Indre au sein de sa famille.

A la suite d'un accès d'agitation, elle est alors réhospitalisée dans une clinique psychiatrique pendant 7 semaines, elle y est traitée par sismothérapie.

En juillet 1959, elle revient en Alsace, mais la mésentente dans le foyer est de plus en plus vive, elle extériorise des plaintes hypocondriaques, craint d'avoir la syphilis, menace de se suicider. Elle met sa menace à exécution le 22/5/60.

Examen psychiatrique

Au début la symptomatologie réalisée est celle d'une bouffée psychotique aiguë avec idées délirantes hypocondriaques, nosophobiques et persécutives. Elle déclare en effet que ses enfants sont tarés, destinés à finir en hôpital psychiatrique.

Très vite (en une semaine environ) les signes psychotiques s'estompent. Elle présente alors la mort de son enfant comme un accident : elle s'était absentée pendant un court instant, son fils aurait alors bu le gardénal qu'elle avait préparé pour elle-même.

Quelques jours après l'homicide, on est surtout frappé par l'attitude tout à fait inaffektive vis-à-vis de la mort de son enfant. Elle en parle avec une totale indifférence. Elle ne montre d'émotion et ne pleure que lorsqu'elle croit ne pas pouvoir rentrer chez elle. Elle demande constamment qu'on la laisse rentrer chez ses deux enfants pour qu'elle puisse s'occuper de son ménage. On note également des tendances mythomaniaques : elle essaye de fléchir les médecins en citant de hautes relations protectrices. Elle cherche aussi à prouver qu'elle a toujours été travailleuse, consciencieuse et respectueuse des lois. Elle rejette toute la responsabilité sur son mari, qui, dit-elle, a

a inventé toute cette histoire pour se débarrasser d'elle.

Elle ajoute même: "si je parlais, je pourrais en dire des choses sur mon mari" et elle confie au médecin: "il a volé et il a même tué". Ne s'agirait-il pas d'une projection de sa propre culpabilité?

Donc, même à ce moment-là, s'il n'y a plus à proprement parler de délire, la malade est encore très interprétative: il y a d'un côté des gens qui la persécutent dont le chef est le mari et d'autre part toute une légion de protecteurs. Il faut également noter toute une série de symptômes hypocondriaques: elle est très préoccupée des maladies vénériennes, elle se représente des déformations monstrueuses liées à ces maladies, elle se demande si son mari ne lui a pas donné la syphilis, si ses enfants n'ont pas été contaminés, car elle pense que son mari qui la trompe est atteint de toutes les "maladies honteuses" possibles. Elle base cette interprétation délirante sur le fait qu'elle a découvert une fois une seringue hypodermique et une canule. Plus rarement, apparaît la crainte d'être tarée héréditairement par son père.

Les tests psychologiques confirment les données de l'examen clinique et apportent quelques informations supplémentaires concernant la structure de la personnalité de la malade.

- Au Rorschach: Protocole avec un nombre de réponses peu élevé pour un temps de passation relativement normal. Intelligence à tendance globalisatrice avec bonne perception des formes, mais légère stéréotypie, importante impotence et perplexité devant les planches, dues en particulier à des incidences anxieuses.

Type de résonance intine, extratensif, à tendance coarta-

tive, labilité émotionnelle et impulsivité sous-jacente. Le contrôle affectif est assez agressif et restreint. Angoisse diffuse se traduisant dans l'expression et par une perplexité devant les planches. Contact humain réduit, infantilisme affectif important avec réponses assez primitives. On note une certaine mise à distance des identifications animales. Conflits avec les images parentales et conflit d'ordre sexuel vraisemblable. L'image paternelle apparaît particulièrement anxiogène, devant être dépouillée de son agressivité éventuelle. L'image maternelle est très mal structurée. Tendance aux compensations orales dans les situations anxiogènes. Éléments dépressifs assez nets avec impulsivité pouvant faire craindre des raptus anxieux. En conclusion: Protocole avec éléments dépressifs à teinte mélancolique, on ne note pas d'éléments organiques en faveur d'une involution, ni de projection hypocondriaque, dans le test. L'association de l'angoisse et de l'impulsivité relativement maîtrisée actuellement par les tendances dépressives et les éléments d'inhibition anxieuse, peut cependant faire craindre un raptus anxieux nouveau étant donné la sthénicité de la personnalité.

- Au T.A.T. : le test provoque de nombreuses références personnelles, relatives généralement à son enfance. L'attitude générale des personnages est assez sthénique, les dépressions qui s'y font jour sont rapidement surmontées et de type plutôt égocentrique, la malade étant déprimée par ce qui lui arrive, on note une culpabilité très légère et superficielle ravivée par son internement et les désagréments que celui-ci lui inflige. Vis-à-vis de l'homme, on note une agressivité importante avec projection de la culpabilité sur lui. L'homme est généralement vu comme dépendant de la femme, la suppliant de reprendre des relations plus détendues avec elle, elle le repousse. Préoccupations sexuelles et relatives à la naissance. Vis-à-vis du

milieu familial on note une certaine agressivité ou des préoccupations la mettant totalement en marge de celui-ci. Conflits importants avec l'image maternelle, jalousie vis-à-vis de l'image féminine. On note une angoisse devant sa propre agressivité, un besoin d'être dorlotée, consolée et entourée. La dépression est généralement éludée par des réactions assez sthéniques, une emprise sur le milieu extérieur qu'elle essaie de plier à sa guise.

En conclusion : protocole évoquant une attitude assez autiste avec angoisse très superficielle éludée soit par la fuite, soit par une réponse sthénique de la projection de culpabilité ou d'angoisse sur autrui. Conflits conjugaux certains avec mise en tutelle et en infériorité de l'homme par rapport à la femme, projection de sa culpabilité sur lui. Désir exprimé de régression infantile de façon à éviter d'une part la culpabilité, d'autre part pour pouvoir être l'objet d'une attitude maternelle. Les éléments dépressifs extrêmement restreints de ce protocole, tous centrés sur le sujet sont dûs surtout aux conséquences fâcheuses des actes ayant provoqué soit une culpabilité soit l'internement.

Conclusion

Qu'y a-t-il de pathogène dans les antécédents de cette malade?

Tout d'abord le fait qu'elle n'a pas connu son père, interné peu de temps avant sa naissance, ensuite que sa mère meurt alors qu'elle a 18 ans.

A partir de ce moment elle changea plusieurs fois de milieu familial et ne put jamais retrouver ainsi un véritable foyer. Même son mariage fut un échec.

A ces difficultés s'ajoutent plusieurs antécédents psychiatriques qui n'ont fait qu'accroître la fragilité de sa personnalité.

C'est au cours d'une bouffée délirante aiguë polymorphe que la malade a passé à l'acte.

Les motivations sont délirantes: elle pensait que ses enfants étaient tarés, syphilitiques et destinés à finir leur existence en milieu psychiatrique, comme son père. Ils devaient donc mourir avec elle. Il est certain que les antécédents psychiatriques personnels et familiaux ont joué un rôle important dans le déterminisme de ces idées délirantes.

Il n'y a donc pas de motivation explicite pour l'homicide, pas de prénédication altruiste, mais une identification implicite, favorisée par la psychose.

Suite de l'histoire :

Madame H. a d'abord été traitée en hôpital psychiatrique. En juin 1967, elle fut transférée dans une clinique chirurgicale pour néo de l'utérus. Après traitement radio-thérapique est apparue une insuffisance rénale avec urémie et rein exclu à l'U.I.V. On lui fit une urétérostomie, mais dans les suites opératoires elle décéda par urémie progressive.

Observation N° 6

Rappel des faits :

Depuis quelque temps, Monsieur H. était dans une situation financière difficile. "J'en étais tellement obsédé qu'il m'est apparu comme absolument nécessaire de supprimer toute ma famille pour lui éviter d'avoir à supporter les conséquences de cette situation désastreuse."

Monsieur H.. était employé comme comptable dans une entreprise. Parallèlement à cet emploi salarié, il s'était associé en 1957 à une femme, pour vendre des appareils de nettoyage. Monsieur H. avait déjà fait plusieurs apports financiers personnels à cette affaire et le 31/4/1961 il quitta son emploi de salarié pour se consacrer entièrement à son entreprise commerciale. Il fit plusieurs démonstrations de ses appareils dans toutes les régions de France et supporta personnellement tous les frais de déplacement. Il dut ainsi emprunter de grosses sommes d'argent à plusieurs reprises pour subvenir aux besoins de sa famille. Mais il se voyait dans l'impossibilité de rembourser son dernier emprunt car ses affaires n'allaient mal.

Submergé par ces difficultés, Monsieur H.. pensait sans cesse à se suicider avec sa famille, c'est-à-dire sa femme et ses quatre enfants.

Depuis début septembre, il reculait toujours l'exécution de cet acte. Durant les 2-3 nuits qui ont précédé son passage à l'acte, il n'avait pu dormir. Dans la nuit du 14 au 15 septembre, il fit plusieurs cauchemars. Vers 5 heures du matin, il se réveilla, réfléchit encore à ses difficultés, sans trouver

d'issue. A 6 heures 30, désenparé il saisit le marteau qu'il avait mis la veille sous le matelas et se mit à frapper la tête de sa femme. Il se souvient l'avoir entendue crier, mais ensuite ses souvenirs deviennent flous. Il était pris de panique et ne savait plus ce qu'il faisait. Un de ses fils s'est levé en entendant les cris. Monsieur H.. s'habilla, se sauva de chez lui, et se jeta dans la rivière toute proche de son domicile. Il regagna la rive et resta au bord de la rivière jusqu'à 13 heures. Il se présenta ensuite à la légion étrangère, où il fut engagé une semaine, il pensait ainsi pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. Mais il fut renvoyé et le 24 septembre finalement, il passa voir sa femme à l'hôpital avec le curé de sa paroisse. Le soir même il coucha chez lui et le lendemain il alla se constituer prisonnier à la police.

Biographie :

Monsieur H.. René est né en juin 1923.

Le père était ouvrier de brasserie, il est actuellement à la retraite, âgé de 70 ans. Sa mère serait atteinte d'une cardiopathie.

Monsieur H.. a une soeur qui tient une boulangerie.

Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique connu dans sa famille.

Au point de vue scolarité, il est allé à l'école primaire jusqu'à l'âge de 12 ans. Il entra alors en 6^e au Collège où il resta jusqu'à la fin de la classe de seconde en 1939. De 1939 à 1940, il ne fréquenta plus l'école, car il avait été évacué avec sa mère et sa soeur chez un oncle. Pendant ce temps, il aida son oncle aux travaux de culture. De 1940 à 1942, il termina ses études dans un établissement secondaire et passa l'Abitur en juin 1942.

Du 5 novembre 1941 au 5 janvier 1942, il fut emprisonné par les Allemands pour avoir distribué des tracts anti-nazis avec des camarades de classe.

En 1942, il essaya de partir en zone libre, mais il fut arrêté dans les Vosges au moment où il allait passer la ligne de démarcation. Du 10 août au 5 octobre 1942, il fut interné dans un camp de prisonniers. A sa sortie du camp, il fut versé d'office d'abord dans la R.A.D. puis dans la Wehrmacht 6 mois plus tard.

En septembre 1944, il déserta en Tchécoslovaquie puis revint par l'Allemagne en Alsace où il se cacha chez un parent.

Après la libération de Strasbourg, il s'engagea dans les Forces Françaises de l'Intérieur jusqu'en janvier 1945. C'est à cette époque qu'il suivit les cours de la première année de licence en droit. Il passa le premier examen de licence en septembre 1945. A la suite d'une annonce parue dans la presse, il entra en septembre 1945 à la Préfecture comme auxiliaire de bureau. En 1946, il passa le concours de rédacteur.

Le 6 septembre 1947, il se maria. L'entente conjugale semblait bonne. Il a actuellement 4 enfants = 3 garçons âgés respectivement de 13, 12, 7 ans et une fille de 4 ans. D'après ce que nous dit Monsieur H.. son 3^{ème} enfant est épileptique.

Le 1^{er} janvier 1948, il fut muté dans un autre service préfectoral.

En janvier 1950, il fut nommé chef de comptabilité du C.A.T.I. mais il y eut plusieurs réclamations à son sujet, il changea de postes pour finalement en 1953, devenir Régisseur des Recettes.

C'est à ce moment là qu'il commit des faux en écriture. Il avait de 1953 à 1955 détourné une somme de 3 millions d'anciens francs, pour dit-il faire vivre décentement sa famille car son salaire mensuel était très bas. C'est pour cette raison qu'il fut une première fois en 1959 expertisé à la clinique psychiatrique et reconnu coupable. Il remboursa la moitié de cette somme et fut rayé définitivement du cadre des fonctionnaires.

Examen

L'examen sonatique est strictement normal.

Monsieur H.. est lucide, bien orienté dans le temps et l'espace, les fonctions intellectuelles sont tout à fait normales.

L'entretien est facile, il nous parle sans aucune réticence. Il raconte les événements tels qu'ils se sont passés, avec beaucoup de précision, mais il pleure, pendant son récit et se montre anxieux.

Au cours de cet entretien on ne relève aucun élément délirant, aucun signe en faveur d'une psychose. Mis à part l'aspect anxieux, il n'y a pas d'auto-accusation, ni d'idées de dépréciation. La douleur morale n'a pas l'intensité de celle qu'on peut observer dans la mélancolie franche. Il faut cependant souligner cette rumination obsédante: la peur de voir sa famille réduite à la misère.

Tests psychologiques :

- Au test de Wechsler-Bellevue: Intelligence nettement supérieure à la normale. Le profil des épreuves est assez irrégulier.

lier, avec excellente information, difficultés d'attention et de mémorisation immédiate.

- Au test de Rorschach: éléments dépressifs nets chez un sujet anxieux, immature et impulsif. On note des sentiments d'incomplétude, de culpabilité ainsi que des tendances phobiques et risques de raptus anxieux.

- Au T.A.T. protocole dépressif avec une structure obsessionnelle sous-jacente, méticulosité, sentiment d'impuissance et d'insécurité très net avec tendance marquée vis-à-vis des images parentales.

Conclusion

Dans les semaines qui ont précédé le passage à l'acte, le malade a fait une dépression réactive de type obsessionnel, consécutive à ses nombreuses difficultés financières.

Sa situation était d'autant plus angoissante qu'il était en position de récidiviste, puisqu'en 1959 il avait déjà été condamné pour détournement de fonds.

Ruminant sans cesse ses idées morbides, il se voyait pris dans une voie dont la seule issue était la mort pour toute sa famille et pour lui-même. Les ruminations obsédantes, la douleur morale sont devenues de plus en plus aiguës pour réaliser à leur paroxysme un état proche de l'état mélancolique, au moment où le malade a fait son passage à l'acte: tenter d'exterminer sa famille, puis se jeter à l'eau et enfin s'engager dans la légion.

S'engager dans la légion! N'est-ce pas un suicide caché, subliné? abandonner tout ce qui lui est familier, tout quitter,

partir en s'imposant une dure discipline pour payer son geste, pour se racheter aussi.

Le succès de cette entreprise, personnelle, aurait valorisé Monsieur H...

Au contraire, l'échec prend d'autant plus d'importance que ce malade était déjà très culpabilisé par les emprunts successifs qu'il avait faits et par le risque permanent qu'il faisait courir à sa famille.

Homicide altruiste.

L'histoire ultérieure de ce malade est intéressante, car elle est une suite logique de l'observation que nous venons de rapporter.

Le 18/12/65 Monsieur H.. est hospitalisé une nouvelle fois en milieu psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide par intoxication barbiturique massive (coma stade III durant 36 heures, ayant nécessité une intubation).

Cette nouvelle tentative de suicide est motivée par une convocation aux assises où il devait comparaître le lendemain de sa tentative, au sujet de l'affaire pour laquelle il avait été examiné en 1959.

Durant les premiers jours de son hospitalisation Monsieur H.. paraît alors beaucoup plus déprimé que lors du précédent examen, il est même presque prostré. Ce qui l'a poussé au suicide ce n'est pas tant le risque d'une condamnation que le fait de voir son nom et son histoire dévoilés aux yeux de tous dans les journaux.

Très rapidement d'ailleurs, sous traitement thymoleptique majeur l'état dépressif régressait mais persistait le côté obsessionnel de sa personnalité. A aucun moment d'ailleurs, il n'évoqua de douleur morale ou de péjoration de l'avenir.

o
o o

Observation N° 7

Rappel des faits :

Le 6 décembre 1963, au matin, Melle B.. Marie Thérèse, 26 ans, qui était allée chercher au préalable son fils âgé de 4 ans, chez les personnes où il était en pension, ouvrit le gaz de sa cuisine, tenta de se sectionner les vaisseaux au niveau de membre supérieur gauche et déclencha une violente explosion qui lui causa des brûlures. L'enfant n'a pu être réanimé. La mère fut transportée dans une clinique chirurgicale où elle revint à elle. Elle fut ensuite hospitalisée en milieu psychiatrique. C'est durant cette hospitalisation que fut fait l'examen.

Biographie

Le père de Mademoiselle B.. est âgé de 72 ans. Il serait cardiaque. D'après Melle B.. c'est un homme faible, complètement dominé par sa femme.

Sa mère est âgée de 60 ans, "elle tient les rênes à la maison". Elle est d'une affection abusive à l'égard des enfants.

Melle B.. a un frère aîné de 32 ans, licencié en philosophie. Un autre frère serait décédé à l'âge de 14 ans d'une affection cardiaque.

Durant son enfance Melle B.. n'aurait eu que des maladies banales. Elle se souvient mal de son enfance jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans. Elle aurait été mise à l'école maternelle à l'âge de 2 ans puis elle aurait été placée dans une institution libre

de 6 ans jusqu'à 8 ans. Elle est titulaire du baccalauréat, série philosophie. Elle fait ensuite une année d'Hypokhagne au lycée Fénélon à Paris. En 1955, elle passe un concours pour entrer dans un centre dramatique. Depuis 1959, elle est engagée comme professionnelle et joue les grands rôles. Dans la dernière pièce qu'elle a interprétée "6 personnages en quête d'auteur" de Pirandello, Melle B.. tenait le rôle de la belle fille et ce rôle l'a profondément altérée.

Alors que dans les autres pièces elle se lassait du rôle interprété au bout de la vingtième représentation, pour cette pièce c'était tout différent = "Je ne m'en suis jamais lassée - je ne suis engagée dans cette pièce plus que dans une autre - il y avait le côté morbide qui m'attirait."

Melle B.. a eu une enfant d'un jeune acteur, il y a 4 ans. Ce jeune acteur avait mauvaise réputation, c'est pourquoi elle avait refusé de l'épouser. La mère de Melle B.. avait d'abord cherché à la faire avorter afin de préserver l'honneur de la famille, puis elle lui avait coupé les vivres de sorte que l'école avait dû lui procurer une bourse. Par la suite, l'intéressée était en continuel conflit avec sa famille, car elle interdisait à son fils de trop fréquentes visites à ses parents. Sa mère engagea même une procédure pour que la garde de l'enfant lui fût retirée, mais finalement elle put le garder. Depuis 4 ans, Melle B.. a un ami marié.

Examen :

La malade est lucide et bien orientée. On ne note pas de signes de la série psychotique. Pendant l'examen, Melle B.. pleure, parle à voix basse et se montre très déprimée. Si l'examen ne révèle pas d'éléments morbides, le récit des motivations

conscientes de l'acte est des plus importants pour faire le diagnostic.

La veille du suicide, Melle B.. avait travaillé au tournage d'un film. Elle jouait le rôle d'une femme qui venait de tromper son mari, elle était nue dans la salle de bain. Le mari survenait et l'étranglait. Cette séquence fut tournée dans une chambre d'hôtel en privé et Melle B.. apparut torse nu devant les caméras."Le soir elle raconta cette séquence à son ami qui lui fit d'amers reproches qui exacerbèrent la culpabilité que la malade avait déjà au sujet de cette scène. Le soir Monsieur R.. m'a fait des reproches. Il a toujours essayé de me montrer la portée de mes actes; tu as fait cela devant les techniciens.. ce qu'il m'avait dit m'avait beaucoup impressionnée."

En fait, la culpabilité que Melle B.. pouvait avoir à propos de cette scène entraînait en résonance avec celle qu'elle pouvait avoir vis-à-vis de son ami, pour d'autres raisons. En effet, il lui arrivait fréquemment en tournée de le tromper avec d'autres comédiens.

Le lendemain matin elle se réveilla dans un état très bizarre = "C'est comme si quelqu'un avait agi à ma place."

Poussée par une force vague mais irrésistible, elle s'habilla avec du linge blanc et propre, revêtit les habits dont elle aimait particulièrement la couleur, se coiffa à la romaine comme pour les jours de fête, alla chercher son fils et le ramena chez elle. Elle donne cette explication à son geste. "Il y a une relation entre mon fils et moi. C'est la même personne que moi. J'étais brouillée avec mes parents depuis un an au sujet de mon fils. Je savais que si je disparaissais mon fils irait chez mes parents, mais cela, je ne le voulais pas, tout était tellement flou."

Elle amena son fils à la cuisine et ouvrit le gaz. Elle lui raconta des histoires, en particulier, le conte du prince vert. Puis voyant qu'il perdait conscience, elle chercha une lame de rasoir et essaya de s'ouvrir les veines de l'avant-bras. Elle perdit connaissance et se réveilla au centre de réanimation.

Ce récit montre bien que l'idée du suicide avait petit à petit germé et mûri dans l'esprit de la malade et que le 6 décembre au matin, la malade n'était pas dans un état normal. Il semble bien qu'il y ait eu des troubles de la conscience et peut-être même des idées délirantes sous-jacentes au moment du passage à l'acte.

Le résultat des tests psychologiques vient corroborer ceci = la coopération fut excellente pendant toute la passation du test. L'intelligence est de type globalisateur avec bonne adaptation concrète. L'affectivité est très impulsive avec difficultés de contrôle émotionnel. Dans les situations à tension émotionnelle intense on note une explosivité assez marquée.

On relève des éléments phobiques avec sentiment d'écrasement, besoin d'évasion, sentiment d'insécurité et d'angoisse. Infantilisme affectif avec éléments d'abandonnisme sous-jacents.

Conclusion :

Sur ce fond de personnalité névrotique les motivations lointaines de son suicide peuvent être retrouvées dans le conflit avec sa mère. Ceci explique l'importance de la pièce de Pirandello: elle y jouait le même rôle que celui permanent dans le conflit réel avec sa mère. Ici déjà, jeu et réalité se court-circuitent.

La motivation plus immédiate est certainement la place qu'elle fut amenée à tenir dans une séquence de film, la veille de sa tentative de suicide. Elle s'y prostituait en quelque sorte, puisqu'elle se montrait nue devant la caméra. Les reproches que lui fit son ami au sujet de cette séquence n'ont fait qu'accroître sa culpabilité, déjà bien alimentée par le plaisir qu'elle tirait du rôle joué dans la pièce de Pirandello.

Deux éléments semblent importants: d'une part le film - elle est étranglée par son mari - d'autre part, ce qu'elle dit de son état au moment du passage à l'acte. "C'est comme si quelqu'un avait agi à ma place." Le mari dans le film, l'anant jaloux dans la réalité, ce sont eux qui ont agi, elle n'était plus que leur instrument au moment du suicide.

(Homicide altruisme).

o
o o

Observation N° 8

Rappel des faits

Le 5 janvier 1964 à 4 heures du matin, Madame Ch. Alice, âgée de 37 ans, se lève, prend une masse de fer, frappe de toutes ses forces sur la tête de sa fille âgée de 14 ans et la tue; puis vers 6 heures pensant que son fils de 11 ans aurait honte de ce qu'elle venait de faire, elle le tue de la même manière.

Biographie sommaire

Il est très difficile de reconstituer la biographie de Madame Ch.. de façon précise étant donné l'existence de troubles mentaux: en effet, elle se montre réticente, ses réponses sont imprécises et souvent on peut noter des troubles de la mémoire.

On dispose cependant du curriculum vitae qu'elle a réussi à établir quelques jours auparavant (le 10 janvier).

Les parents de Madame Ch. sont cultivateurs. Le père était alcoolique et irritable. L'inculpée craignait ses colères. La mère était gentille et calme. Un frère de la malade plus âgé a quitté la maison paternelle parce qu'il ne pouvait s'entendre avec son père.

De 6 à 14 ans, Madame Ch..fréquente l'école du village et passe avec succès le certificat d'études primaires. Elle travaille ensuite dans la ferme de ses parents. Elle sort peu de chez elle mais milite dans le mouvement de jeunesse agricole catholique.

En 1947, à l'âge de 20 ans, elle se marie avec Georges Ch..

qu'elle connaissait depuis son enfance. Son mari est facteur. Pendant 3 ou 4 ans, le jeune couple habite avec les parents de l'inculpée jusqu'au jour où le mari et le père ne se sont plus entendus. Ce n'est que lorsque le père de Madame Ch.. tomba malade et fut hospitalisé qu'ils revinrent à la ferme de ses parents.

En 1957, la mère de Madame Ch. meurt d'un cancer de l'estomac, cancer ou ulcère précise l'inculpée.

Cette maladie et la mort de sa mère jouent un rôle important dans l'étiologie des troubles de la malade.

En 1949, naît Denise et le 28 janvier 1952, le fils Daniel. Les enfants ont d'abord fréquenté l'école du village puis Denise entra au lycée où elle se trouvait au moment de sa mort, en classe de quatrième.

Depuis 5 ans, la santé de Madame Ch.. s'est progressivement dégradée. Il est toutefois difficile de préciser le début des troubles. Toujours est-il que Madame Ch.. nous dit qu'un jour en portant un sac de pommes de terre, elle sentit brusquement un déchirement dans son ventre, elle alla consulter son médecin. Depuis ce moment là, elle se plaint de douleurs à l'estomac, de douleurs dans le dos et de céphalées, elle se fatigue très vite. Petit à petit lui vient l'idée qu'elle pourrait avoir un cancer.

Il y a deux ans, elle a fait une tuberculose pulmonaire et depuis quelques mois elle souffre de douleurs au niveau de l'omoplate gauche et dans la région pelvienne. Elle a beaucoup maigri. Elle dit en particulier ceci: "J'ai mal et cela m'énerve, j'avais l'idée que j'avais le cancer depuis quelques mois, j'en étais sûre". Nous pouvons donc déjà noter à ce moment-là des

idées délirantes hypocondriaques. A ceci vient s'ajouter le fait qu'elle craignait d'avoir contaminé son mari,

Son médecin traitant avait décidé de la faire hospitaliser à l'hôpital de Strasbourg pour un bilan organique. L'hospitalisation était prévue pour début janvier.

Examen :

Madame Ch. semble fatiguée et lasse. Son faciès est presque figé, la mimique est extrêmement pauvre. Elle fait peu de gestes et reste pratiquement immobile sur son siège pendant tout le temps de l'examen. Elle parle d'une voix monocorde et faible. Elle répond après un long temps de latence. "Je crois que j'habite à B. Je ne sais pas si je suis à R. où à E. Je suis peut-être en prison. On doit être au mois de janvier 1963. Je ne sais pas depuis quand je suis en prison. Aujourd'hui je suis à S., qu'ils m'ont dit, chez le docteur".

Les réponses sont donc imprécises et pleines d'incertitude. Il est tout aussi difficile d'obtenir des précisions sur l'acte lui-même : "Je ne sais pas pourquoi j'ai fait cela, j'étais énermée, je ne supportais plus rien." Elle ajoute encore : = "Je suis restée éveillée, il est vrai que j'ai des insomnies depuis des années, je me suis levée cette nuit là pour aller aux W.C. "Je ne sais pas. Je suis allée aux W.C. "Puis elle se tait longuement et répond : "Je me faisais de la bile pour eux... j'étais persuadée de mourir, je n'avais pas l'intention de me suicider. J'essaie de me rappeler. Les gendarmes sont venus de suite. Je ne me suis pas rendue compte. Maintenant je ne sais pas. J'ai pleuré beaucoup quand cela m'est revenu. Je voudrais pleurer maintenant, je ne peux pas. Je suis comme insensible."

Il n'est pas nécessaire de commenter ces quelques phrases qui sont très descriptives de l'état dans lequel se trouve la malade après l'homicide.

Madame Ch., à notre demande, nous parle des conflits qui existaient entre son mari et son père. "Depuis quelques mois, ils se disputaient. Ils n'avaient pas les mêmes idées ça me tracassait. Je me faisais du souci pour rien. Je me faisais du souci pour eux, pour mes enfants, le garçon était maladif."

- L'examen psychologique qui ne fait ^{que} confirmer les données de l'examen clinique a fourni les résultats suivants :

- Le Test de Wechsler-Bellevue montre une intelligence à la limite inférieure de la normale mais en fait on ne peut tenir compte totalement des résultats du test étant donnée l'inhibition de la malade, sa bradypsychie et ses difficultés de concentration.

- Le Rorschach met en évidence des signes dépressifs très nets de type mélancolique avec angoisse sous-jacente très importante, difficultés de contact, asthénie psychique intense. Sans nul doute ce test révèle une structure mélancolique de la personnalité. Notons par ailleurs que l'examen E.E.G. est normal, sans aucun signe d'épilepsie et que l'examen organique est lui aussi sans particularité.

Conclusion

Cette malade présente une dépression mélancolique hypocondriaque avec idées délirantes d'incurabilité.

Précisons la genèse de cette dépression mélancolique. Elle présentait tout d'abord quelques plaintes hypocondriaques, pour lesquelles elle consulta de nombreux médecins. Ses troubles se sont peu à peu aggravés et la dépression est devenue franchement psychotique au moment où le médecin traitant décida de la faire hospitaliser.

Elle eut alors la conviction d'être incurable et de bientôt mourir. Elle pensait même avoir contaminé son mari, comme c'est le cas fréquemment dans les délires hypocondriaques. Un fait joue vraisemblablement un rôle important dans la détermination de ces idées délirantes, c'est la mort, par cancer digestif, de sa mère quelques années auparavant.

La détermination à l'homicide est aussi délirante: pensant être atteinte d'une maladie incurable qui ne devait plus lui laisser que quelque temps à vivre, il lui fallait tuer ses enfants pour leur éviter l'abandon maternel.

Soulignons ici encore, l'état particulier fréquemment observé chez ces malades après le raptus: inhibition, imprécision dans les souvenirs, notamment ceux concernant l'homicide, inaffectivité apparente. C'est même presque un état stuporeux dans ce cas particulier. Nous préciserons ultérieurement la signification de cette phase.

(Homicide altruiste typique).

Evolution

Cette malade n'avait pas eu d'idée de suicide, ce qui est assez rare. Or il est intéressant de connaître l'évolution ultérieure de la maladie : en effet, un mois plus tard, Madame Ch. se suicidait par pendaison dans sa cellule. Elle réalisait donc après un mois de latence un véritable "suicide collectif".

Ce temps de latence de 3 à 4 semaines, au cours duquel ces malades, surtout les mélancoliques, sont comme inhibés, sidérés, "insensibles" est fréquemment noté. C'est à ce moment là surtout qu'il faut craindre une nouvelle tentative de suicide. Nous reviendrons également plus loin sur ce problème.

Observation N° 9

Rappel des faits :

Madame H.. a tenté de mettre le feu à l'appartement de son mari, dont elle est actuellement séparée à la suite d'une procédure de divorce. Après cette tentative d'incendie, elle prit une chambre à l'hôtel et tenta de se suicider, avec son enfant de 18 mois, en absorbant un barbiturique.

Biographie :

Mme H.. est née le 3 juin 1935. Elle est la seconde d'une fratrie de trois filles. Ses parents sont encore en vie.

Elle ne nous signale pas de troubles du développement psycho-moteur dans l'enfance, mais de tout temps elle aurait manqué d'appétit.

Sa scolarité a été sensiblement normale jusqu'à la classe de première. Elle n'obtint pas la première partie du baccalauréat en raison de céphalées apparues quelque temps avant l'examen. Elle n'avait pu faire qu'un trimestre lors de cette première année, elle redoubla donc cette classe. Elle ne se présenta qu'une seule fois au baccalauréat, sa mère n'ayant plus voulu qu'elle continue ses études en raison des troubles qui étaient survenus.

Elle fit alors une école de secrétariat et réussit son diplôme de secrétaire. Entre temps elle avait passé un an à Paris dans sa famille pour fuir, dit-elle, l'ambiance familiale rendue insupportable par la mésentente des parents.

Elle a ensuite travaillé comme secrétaire pendant environ un an et demi jusqu'à la fin de 1958. C'est à ce moment là

qu'elle fit une première tentative de suicide. Elle nous dit que cette tentative était motivée par le fait que son travail ne l'intéressait pas et que la solitude lui pesait. Elle précise elle-même qu'elle est peu sociable et timide. Cette première tentative de suicide, par absorption d'imménectal, nécessita l'hospitalisation pendant une quinzaine de jours, puis le transfert dans une clinique pour maladies nerveuses où elle resta 6 mois. Durant cette hospitalisation on l'aurait traitée par cure de sommeil, sismothérapie et cure d'insuline.

Ensuite, elle se rendit chez sa soeur aînée institutrice, elle y resta deux ans en donnant des leçons particulières. Parallèlement elle préparait l'examen d'entrée en Faculté pour non bacheliers et réussit en 1961. Elle fit le certificat de Propédeutique Lettres et commença ensuite une année de licence en Lettres modernes. Durant cette année elle ne travailla pas sérieusement, dit-elle, car elle était fiancée et préparait son mariage.

Elle se maria le 2 juillet 1963 avec un jeune-homme qu'elle connaissait depuis 1959 et qui était étudiant. Ce jeune-homme, de trois ans son cadet, avait dû attendre la fin du service militaire pour se marier.

Un enfant naissait le 25 juin 1964.

Dès le début survinrent des difficultés conjugales. Son mari, dit Mme H.. ne voulait pas lui donner d'argent. Il exigeait d'elle qu'elle demande de l'argent à ses parents, ceci amena au début de la grossesse une deuxième tentative de suicide avec hospitalisation d'une durée de trois mois.

Au retour, les difficultés reprirent. Elle affirme même que son mari aurait prélevé de l'argent sur son propre livret de Caisse d'Epargne.

En janvier 1966 une procédure de divorce est instaurée qui aboutit le 20 janvier à une ordonnance de non-conciliation.

Le 1^{er} février 1966, aux heures de travail, Madame H.. qui avait gardé une clé de l'appartement, se rend au logement de son mari et y met le feu. Elle ne se souvient plus de la manière dont elle a procédé mais se souvient très bien d'avoir entendu des crépitements. Elle se rend alors à S. en voiture avec son enfant. Elle prend une chambre d'hôtel, ne se souvient plus où, mais se rappelle avoir fait prendre quelques comprimés de Binoc-tal à son enfant dans une cuillère. Elle-même prit le reste du tube. Elle reprit connaissance à l'hôpital où on lui apprit que son enfant avait survécu.

Examen :

A l'examen, on ne note pas de troubles des fonctions intellectuelles élémentaires. Mais le contact est distant. La malade parle à voix basse, monocorde. A certains moments, elle semble mal comprendre les questions qu'on lui pose et paraît se perdre dans une rêverie intérieure. Lorsqu'on lui répète la question, elle sursaute comme si brusquement elle reprenait contact.

Elle sait d'ailleurs qu'elle est peu sociable.

Elle dit également qu'elle se contrôle mal et qu'elle fait parfois des scènes violentes. Elle ajoute que c'est parce qu'elle se sentait incapable de vivre seule et de s'adapter normalement à l'existence qu'elle a voulu se suicider. Elle a voulu entraîner son enfant dans la mort car elle ne voulait pas qu'il reste sans elle. Actuellement elle regrette son geste mais ne critique que partiellement la motivation. Elle reste très hostile à son mari. Elle l'accuse d'avoir voulu vivre en parasite au crochet de ses propres parents. Elle l'accuse également de

jalousie tout en reconnaissant cependant lui avoir donné matière en lui parlant de certaines rencontres qu'elle aurait faites lors d'une cure de repos en 1965. Mais elle conteste tout adultère en ajoutant que d'ailleurs elle avait peu de besoins sexuels.

Conclusion

Il s'agit d'une malade qui a déjà commis trois tentatives de suicide et a été hospitalisée à plusieurs reprises en milieu psychiatrique. Au cours de la première hospitalisation, elle fut traitée par sismothérapie et cure d'insuline, ce qui laisse supposer qu'il s'agissait pour le moins d'une dépression atypique.

Le caractère autistique de la malade, ses difficultés de contacts, sa dépendance à l'égard de l'entourage, son adaptation défectueuse aux problèmes de l'existence, permettent d'affirmer une structure schizoïde de la personnalité, ce que d'ailleurs viennent confirmer les tests psychologiques. Sur ce fond de personnalité sont apparues des bouffées psychotiques aiguës à teinte dépressive. Ces poussées aiguës sont toujours déclenchées par des difficultés, qu'elle ne peut surmonter. Elle ne pouvait alors que se réfugier dans la mort.

L'échec de son mariage objectivé par l'ordonnance de non-conciliation prononcée une dizaine de jours auparavant, le retour à un état de solitude qu'elle avait déjà voulu fuir étant plus jeune, sont vraisemblablement les motivations de son passage à l'acte.

(Homicide altruiste).

Observation N° 10

Rappel des faits

Le 26 juin 1966, Madame D.. Antoinette, 29 ans, s'enferme dans sa cuisine avec sa fille Isabelle, née le 12 avril 1966. Elle se sectionne les veines du poignet avec une lame de rasoir et ouvre les robinets de la cuisinière à gaz. Découverte, elle est transportée dans une clinique chirurgicale, puis transférée en milieu psychiatrique, où nous l'avons examinée. L'enfant Isabelle est morte malgré les soins donnés par un médecin appelé sur place.

Biographie

Madame D.. est née le 11/11/1936.

Son père est né en 1909. Il travaille à la SNCF, où il fut d'abord employé sur la voie, puis dans les bureaux. Il buvait beaucoup et en 1952 il fut accidenté sur la voie publique. A la suite de cet accident, il fut hospitalisé dans un hôpital psychiatrique pendant 4 mois où il suivit une cure de dégoût. Quatre ans auparavant, il avait quitté son foyer. Etant toujours ivre, ce n'étaient que perpétuelles disputes avec sa femme.

Après cette cure, il fut abstinent pendant une durée d'un an, ceci avait poussé sa femme à accepter son retour au foyer. Mais petit à petit il se remis à la boisson.

Etant enfant, Madame D.. avait très peur de son père, quoique celui-ci ne la frappât jamais. Pendant les quatre années de son absence, bien que vivant dans le voisinage, le père ne s'occupait plus du tout de ses enfants.

La mère est née en 1912. Elle ne s'occupait que de son ménage. Elle a beaucoup souffert du comportement de son mari. Madame D.. lui est très attachée; "elle nous a élevés avec beaucoup de mal" nous dit-elle.

Madame D.. est l'ainée d'une fratrie de trois. Elle a deux frères: l'un né en 1938, l'autre en 1944. L'aîné est ouvrier d'usine, le cadet est apprenti boulanger. Il semble y avoir une bonne entente entre frères et soeur.

Au point de vue scolaire, elle fréquente l'école primaire de 6 à 14 ans, mais ne passe pas le certificat d'études, ayant été soignée à domicile de Noël 1948 à Pâques 1949 pour une pleurésie droite.

Elle aurait aimé devenir couturière, mais comme sa famille n'avait pas les moyens de lui faire faire un apprentissage, elle entra comme ouvrière le 19/12/1950 dans une fabrique de thermomètres. Elle y resta jusqu'en avril 1957, puis travailla dans une clinique médicale comme fille de salle jusqu'en avril 1963.

Le 2 février 1963 elle se maria, elle était alors enceinte au début du 5^e mois.

Autres antécédents médicaux :

Outre une pleurésie droite traitée en 1948-49, il faut signaler une amygdalectomie à l'âge de 16 ans pour angines fréquentes et une pyélite gravidique au cours d'une des grossesses.

Circonstances qui ont précédé le suicide :

Il est important d'isoler les circonstances qui ont précédé le suicide, en les considérant à la fois comme facteurs

favorisants et comme révélateurs de troubles psychiques.

- Le 1^{er} mars 1966, Madame D.. a déménagé. La famille habitait tout d'abord dans un petit appartement à Neudorf et a déménagé pour venir habiter un H.L.M. dans un quartier différent. Elle n'arrivait pas, dit-elle à s'intégrer dans ce H.L.M. et à s'habituer au voisinage. D'après son mari, elle s'était beaucoup fatiguée pendant cette période et n'avait aucun contact avec les voisins. Quoiqu'elle fût apparemment contente de changer d'appartement elle répétait souvent à son mari qu'elle croyait vivre en Amérique.

- Depuis février 1966, elle n'était plus allée voir ses parents, alors qu'auparavant elle y allait tous les 15 jours.

- 3 semaines après ce déménagement, fatiguée, elle consulta un médecin qui lui prescrivit des fortifiants. Elle avait de moins en moins de patience avec son fils aîné et les disputes devenaient fréquentes avec son mari. Elle avait même annoncé un jour à son mari, qu'elle ne resterait plus longtemps dans leur nouvel appartement et qu'il serait veuf de bonne heure. Elle devint de plus en plus distante et finalement refusa les rapports sexuels de peur d'une nouvelle grossesse. Par contre, elle manifesta toujours beaucoup d'affection pour son deuxième enfant.

- Le 26/6/66, un dimanche, le mari de Madame D.. sort le soir pour prévenir la famille de leur départ en vacances le 1/7/66. Il annonce à sa femme que s'il n'est pas rentré entre 21 heures et 22 heures c'est qu'il sera allé au cinéma. Il rentre chez lui à 23 h 30 et découvre sa femme blessée et son enfant.

Récit des préparatifs du suicide par Madame D..

Dès que son mari eut quitté la maison, elle regarda par la fenêtre, vit des gens monter en voiture et se dit que c'était le moment de mourir. Elle alla chercher sa fille, la posa sur un oreiller, dans la cuisine, où d'habitude elle la langeait. Elle écrivit trois billets: un pour sa famille, un pour son mari et le dernier qu'elle posa sur la porte de l'appartement avec la mention: "Prière de ne pas sonner". Elle mit sa robe de mariée, s'installa dans un fauteuil "Relax" après avoir ouvert les robinets à gaz puis s'entailla le poignet avec une lame de rasoir.

Examen

Du point de vue somatique, on ne relève rien de particulier.

La première chose qui frappe est une apparente sérénité, une sorte d'indifférence. Si elle est triste, abattue, il n'y a pas de sentiment de culpabilité lorsqu'elle évoque la mort de sa petite fille Isabelle.

On ne relève pas non plus d'autres signes pouvant évoquer une mélancolie.

Au cours de l'entretien Madame D.. nous explique aussi que son premier enfant ^{était} né quelques mois après son mariage, que cette première grossesse n'était donc pas désirée et que l'enfant avait été élevé par ses grands parents auxquels il était plus attaché qu'à elle-même. Par contre, le deuxième enfant, Isabelle, elle l'avait désirée. Cette deuxième grossesse avait été normale au début puis au 7^e mois il y avait eu quelques hémorragies, qui avaient nécessité un traitement à la clinique gynécologique. Elle avait même craint un moment de perdre l'enfant. De plus, elle avait fait des hémorragies pendant 6 semaines après l'accouche-

ment. Elle précise qu'elle était plus attachée à sa petite fille qui était beaucoup plus facile à élever que le garçon.

Conclusion

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Il s'agit d'un état dépressif mais au cours de cet examen on ne relève aucun élément qui puisse faire penser à une dépression mélancolique.

L'état d'indifférence apparent dans lequel se trouve la malade est remarquable, comme si toutes les fonctions affectives étaient sidérées, mises en veilleuse. Ceci permet éventuellement d'expliquer l'absence de signes de la série mélancolique au moment de cet examen, signes qui peuvent réapparaître plus tard, comme nous l'avons signalé.

Il est également important de constater les troubles avant-coureur, qui sont d'ailleurs fréquemment du genre de ceux que nous avons constatés ici : irritabilité accrue, difficultés d'adaptation à un nouvel habitat, perte des contacts avec le milieu familial habituellement proche, tendances dépressives. Et brusquement sur ce fond apparemment sans gravité c'est le coup de tonnerre. Relevons ici la démarche illogique du raisonnement chez cette malade dans les instants qui ont précédé le raptus: "J'ai vu des gens partir en voiture et je ne suis dit c'est le moment de mourir".

Il faut signaler l'importance de certains faits qui jalonnent la biographie : une enfance perturbée par un père éthylique; des frustrations même dans son travail, puisqu'elle ne peut faire son apprentissage de couturière, étant donné les difficultés matérielles qu'avait sa mère pour les élever, elle et ses deux frères.

Deux faits surtout ont été déterminants dans ce suicide: d'une part le déménagement trois mois auparavant; bien que mieux installée dans ce nouvel appartement, elle ne supporta pas le déracinement que ce changement de quartier lui imposait; d'autre part, le soir même, son mari, sortit la laissant seule avec ses deux enfants. Elle se retrouvait abandonnée comme l'avait été sa mère, incomprise pensait-elle, mais en même temps culpabilisée par sa propre incompréhension et son ingratitude vis-à-vis de son mari.

Une séquence est surtout intéressante, celle où la malade regardant par la fenêtre, voit des gens partir en voiture et pense alors que c'est le moment de mourir. Ces gens, peut-être une famille, partaient ensemble, alors qu'elle restait seule à la maison. Elle a pu être un instant jalouse du bonheur des autres. Mais surtout, elle put croire que son mari l'avait laissée pour partir avec eux. Si elle n'était pas délirante, elle était pour le moins, à ce moment-là, très interprétative.

(Homicide altruiste).

o
o o

Observation N° 11

Rappel des faits qui ont motivé l'hospitalisation de la malade :

En instance de divorce, se sentant abandonnée de toute part, Madame S.. a fait le 10 mai 1967 une tentative de suicide collectif : elle donna 2 cg de Luminal à sa fille âgée de 9 ans, prit elle-même quelques autres comprimés et ouvrit les robinets à gaz. Son geste fut interrompu au dernier moment par les cris de l'enfant. Elle appela sa famille qui habite dans le même immeuble. D'après son frère, il ne s'agissait que d'une mise en scène destinée à attirer l'attention. Il pense même qu'elle a simulé l'obnubilation, puisque tout a disparu comme par enchantement, après l'ingestion de café. La malade rend sa famille responsable de cette crise, en effet: alors que sa famille lui avait assuré une aide morale et matérielle au moment où elle avait engagé une procédure de divorce, elle avait l'impression ces derniers temps d'être abandonnée. Comme elle ne voulait pas que son enfant reste seule sans aide, elle devait l'entraîner avec elle dans la mort.

Biographie

Madame S.. âgée de 33 ans est née en Sarre, le 13/1/1933.

Son père actuellement âgé de 65 ans était mineur, il est en bonne santé. Elle dit à son sujet qu'il était plutôt gentil, souvent absent, car il travaillait 16 heures par jour (?).

Sa mère est âgée de 68 ans, elle, par contre, a toujours été très dure.

Ses parents habitent la même maison qu'elle, ils occupent

le rez de chaussée, elle le premier étage avec sa fille.

Elle est la seconde d'une fratrie de trois: son frère aîné a 40 ans, il est marié, a trois enfants et est ouvrier d'usine. Il habite la même ville. Elle ne s'est jamais entendue avec lui. Son frère cadet de 32 ans est également marié, secrétaire, père d'un enfant. L'entente avec celui-ci est également médiocre. Ses deux frères ont toujours de bons rapports avec ses parents, elle ne supporte pas cet état de choses et pense que si toute sa famille s'acharne contre elle, c'est-à cause de son mari.

Au point de vue scolaire: elle est allée à l'école primaire jusqu'à l'âge de 9 ans. Ensuite, contre son gré, elle est entrée au Lycée, qu'elle quitta à 11 ans. Puis elle retourna à l'école primaire, changea fréquemment d'écoles. A 14 ans, elle suivit les cours d'une école commerciale durant 1 an et demi, mais sans obtenir de diplôme. Elle travailla ensuite comme apprenti de bureau. Elle aurait également fréquenté une école ménagère, qu'elle quitta avec un diplôme. A partir de l'âge de 16 ans elle travailla comme bonne à tout faire, changeant d'emploi tous les deux mois environ, et ceci jusqu'à 24 ans, lorsqu'elle se maria en 1957.

C'est par l'intermédiaire d'un cousin qu'elle a rencontré son mari, qui avait 2 ans de plus qu'elle, alors qu'il sortait de clinique (il avait été blessé à l'abdomen au cours d'une rixe). A ce moment là, nous dit la malade, il était déjà éthylique. Elle dut se marier car elle était enceinte. Dès le début apparut une mésentente entre son mari et sa famille. Quelques temps après, elle fit une fausse couche provoquée. En 1958, naissait une petite fille. Cette grossesse par contre était désirée par les deux époux. Mais à ce moment là déjà son mari était très agressif, il buvait beaucoup et la trompait.

Elle eut par la suite plusieurs autres grossesses mais fit 6 avortements provoqués afin dit-elle, que les enfants ne souffrent pas de la mauvaise ambiance familiale. A plusieurs reprises, son mari était tellement agressif, qu'elle dut se réfugier chez son frère qui habite une mansarde dans la même maison que la malade.

Depuis quelques temps, elle souffrait de céphalées, de prurit du cuir chevelu, du dos et des jambes avec lésions de grattage entretenues journellement. Elle pense que ce dernier symptôme est essentiellement nerveux, car il s'accroît lorsqu'elle attend le retour de son mari, dont elle a très peur.

Depuis quelques mois, la situation a dégénéré, elle a à plusieurs reprises accepté que son mari revienne au foyer, bien qu'en instance de divorce. C'est depuis cette époque qu'elle se sent déprimée = elle pleure beaucoup, est anorexique et souffre d'insomnie. Au point de vue sexuel, elle nous signale une frigidité partielle, qu'elle explique par la brutalité de son mari.

- Quels sont les autres antécédents médicaux et psychiatriques?

Mis à part les 6 avortements provoqués, dont elle n'a aucun scrupule à parler, elle aurait eu à l'âge de 16 ans une pleurésie.

En outre, elle a fait une première tentative de suicide médicamenteuse à 21 ans pour un chagrin d'amour; une deuxième tentative de suicide alors que sa fille avait 2 ans, à cause de son mari.

- Antécédents héréditaires :

Madame S.. nous signale plusieurs cas familiaux = un oncle maternel s'est suicidé par pendaison; un cousin serait épileptique. Elle ajoute également que son frère aîné est peu sociable, plutôt renfermé.

Examen psychiatrique

Sur un fond de personnalité hystérique et perverse évolue actuellement un état dépressif réactionnel avec pleurs, insomnies et anorexie.

Les examens sont peu détaillés et insuffisamment approfondis du fait de la courte durée de l'hospitalisation.

o
o o

Observation N° 12

Cette observation est celle d'une mélancolique. Il s'agit comme l'observation N° 11 d'un dossier d'hospitalisation. Nous insisterons sur les antécédents psychiatriques car cette malade avant sa tentative de suicide collectif avait déjà été hospitalisée à deux reprises à la clinique psychiatrique. Etant donnée l'importance de ces antécédents, nous pensons qu'il est préférable de faire un résumé chronologique des trois observations successives.

Madame E.. Mathilde née le 22.11.27 a été hospitalisée une première fois à la clinique du 5/9/66 au 11/10/66.

Rappels biographiques

Cette malade de 38 ans est la seconde d'une fratrie de 2. Son frère aîné âgé de 41 ans est en bonne santé. Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique dans sa famille. Elle même avant les quelques mois qui ont précédé cette hospitalisation, n'avait rien présenté de pathologique au point de vue psychiatrique.

Elle et son frère auraient été élevés en même temps que deux enfants adoptés. Ses parents sont tous deux décédés, sa mère il y a 10 ans, son père 8 ans. Son père était éthylique.

Son mari est âgé de 39 ans, il travaille aux abattoirs. Il y a toujours eu une bonne entente dans le ménage. Ils sont mariés depuis 15 ans.

La malade a deux enfants = une fille de 14 ans et un garçon de 8 ans qui sont tous deux bien portants.

Examen :

Le faciès est mélancolique. Elle parle d'une voix monotone et lente, elle soupire souvent et est apathique.

Elle nous signale que c'est surtout depuis trois mois qu'elle se sentait triste et abattue. Au mois de juin, donc à peu près à l'époque du début des troubles, elle aurait voulu que sa fille interrompe ses études et devienne couturière. La malade elle-même aurait aimé faire ce métier, étant plus jeune, mais elle ne l'a pas pu. Sa fille, par contre, voudrait continuer ses études pour devenir institutrice. C'est à partir de ce moment-là, nous dit le mari, qu'elle a sans cesse ruminé cette idée.

Au cours de l'entretien la malade pleure souvent. Elle est très angoissée et s'accuse. Elle se reproche d'empêcher sa fille de continuer ses études, "je suis une mauvaise mère." Son langage est parfois incohérent = "j'ai un très grand regret de me laisser aller"... Parfois même, on note des éléments délirants = en effet, elle pense que des hommes viennent chez elle la nuit: "certaines de mes affaires sont dérangées le matin... ils viennent déplacer les aiguilles de l'horloge... ils ne veulent du mal... Elle est en outre apragmatique et insomniaque.

Le tableau réalisé est donc celui d'une mélancolie anxieuse et délirante.

Un fait important est à noter: un mois avant son hospitalisation, un matin, elle ouvre les robinets à gaz. S'agissait-il déjà d'une tentative de suicide collectif? La malade elle-même dit qu'elle ne sait plus si elle l'a fait volontairement. Son mari affirme qu'il s'agit d'un oubli.

Lors de cette hospitalisation, Madame E.. fut traitée

par sismothérapie, mais à sa demande et à celle de sa famille elle quittait prématurément le service, améliorée, mais avant la fin du traitement. Le médecin lui prescrivit des antidépresseurs et des neuroleptiques.

Quelques mois plus tard, elle fut hospitalisée pour la deuxième fois du 2/3 au 29/4/67.

Dès sa sortie de clinique elle refusa de prendre ses médicaments de crainte d'être empoisonnée. On relève au cours des entretiens, des thèmes de persécution, des idées d'incurabilité et la peur de mourir. Sa famille a de plus remarqué qu'elle se repliait sur elle-même, elle ne sortait même plus faire ses courses que faisait la fille aînée. Cependant elle continuait à s'occuper du ménage et de la cuisine.

La fille aînée avait à ce moment là repris ses études, elle était élève de III^e dans un lycée.

La malade fut de nouveau traitée par sismothérapie et thymo analeptiques majeurs. Elle quitta le service nettement améliorée, mais ne critiquant que partiellement ses idées délirantes.

Trois semaines plus tard, le 23/5/67

Elle est vue à nouveau par le médecin de garde, dans le même état. Elle avait tenté de se suicider le matin-même avec ses enfants en mettant le feu à sa demeure : elle avait pour cela disposé à la porte de sa chambre à coucher une couverture arrosée de térébenthine et y avait mis le feu, mais ses enfants étaient intervenus à temps.

Elle fut immédiatement transférée dans un hôpital psychiatrique où le médecin dut rapidement transformer le placement volontaire en placement d'office pour éviter une sortie intempestive.

Le même processus qu'entre les deux premières hospitalisations était survenu : elle avait très vite refusé de suivre son traitement.

A noter une symptomatologie nouvelle : de nombreuses plaintes hypocondriaques ubiquitaires à type de brûlures. On retrouve encore des idées d'empoisonnement. Elle est très anxieuse et dit en particulier ceci : "Le malheur est en moi", mais aussi : "si seulement tout cela était un mauvais rêve"!

Conclusion :

Il s'agit d'une mélancolie anxieuse et délirante. Cette malade exprime des idées de persécution, d'incurabilité et d'hypocondrie. Mélancolique, elle se punit en s'interdisant toute chance de guérison, en effet : elle quitte tout d'abord prématurément la clinique lors de sa première hospitalisation, puis refuse même de prendre ses médicaments.

Lorsqu'elle voulut incendier la maison où elle se trouvait avec ses enfants, elle avait projeté son sort malheureux sur ses enfants, qui étaient destinés, pensait-elle à subir les mêmes maux qu'elle.

(Homicide collectif, altruiste).

Observation N° 13

Madame K.. Madeleine, est née le 2/10/1931. Cette malade de 36 ans a été hospitalisée à la clinique du 22/6 au 26/8/67.

Rappel des faits

Le 16/6/67 au matin, elle s'était disputée avec son mari à propos d'un biberon sale. Son mari était parti fâché à son travail. Une heure et demie après elle avait eu la visite d'un assureur (assurance-vie) qui venait encaisser ses cotisations. Après cette visite, elle se recoucha. Vers 16 heures elle eut encore la visite d'une parente puis d'une voisine. Quand elle fut seule, à leur départ, elle fut très touchée par la gentillesse des gens, qui s'opposait en tout point à la "méchanceté" de son mari, dont elle craignait le retour ce soir-là.

C'est dans cet état d'esprit, très déprimée, que brusquement elle décida d'écrire une lettre pour les gendarmes, où elle disait qu'elle vivait une vie d'enfer et qu'il ne lui restait plus qu'à supprimer trois vies (la sienne, celle de son garçon de 16 mois et celle du fœtus : elle était enceinte au 3^e mois). Elle alla poster cette lettre. A son retour, elle prit plusieurs comprimés de Librium, coucha son enfant à la cuisine et ouvrit les robinets à gaz. Elle ne voulait surtout pas laisser son enfant à son mari. A 21 h 45 lorsque son mari rentra, il appela immédiatement les pompiers. Le jeune garçon de 16 mois succomba. La malade n'apprit cette mort que lors de son hospitalisation à la clinique psychiatrique.

Biographie

Abandonnée à la naissance, elle fut recueillie par sa grand'tante maternelle dont le mari était peintre-décorateur. L'adoption fut légalisée en 1956, alors qu'elle avait 25 ans.

Son père adoptif est actuellement âgé de 79 ans, il est cardiaque, souffre d'angine de poitrine.

Sa mère adoptive, elle, est âgée de 69 ans.

Sa mère naturelle était âgée de 17 ans lorsqu'eut lieu la naissance, elle était bonne chez un boulanger. Son père n'est autre que le boulanger. Ses origines réelles ne lui furent révélées qu'à l'âge de 21 ans. Elle parle d'ailleurs de sa vraie mère avec beaucoup de mépris, la dépeignant comme une alcoolique. Cette dernière venait régulièrement rendre visite à la mère nourricière, mais ne s'occupait jamais d'elle.

A l'âge de 21 ans seulement, elle apprend qu'elle a un frère, son cadet de 3 ans, également abandonné à la naissance. Il est maintenant marié et heureux en ménage, ajoute-t-elle.

Sa mère de sang s'est ensuite mariée et a encore eu trois filles.

Dans l'enfance de la malade il n'y a rien à signaler, si ce ne sont des otites fréquentes. Elle dit avoir été très dorlotée par sa famille adoptive.

Au point de vue scolarité elle fut une élève médiocre, elle passa cependant son certificat d'études primaires. Elle suivit ensuite les cours d'une école commerciale pendant 2 ans. Elle devait faire son C.A.P. mais dut arrêter ses études à cause de sa myopie. (?).

Par la suite, elle fit plusieurs places. A 18 ans, elle travailla tout d'abord comme ouvrière dans une fabrique de piles. Son travail lui plaisait beaucoup, mais l'usine fit faillite. Elle nous dit qu'à cette époque-là elle sortait peu, lorsqu'elle allait au cinéma c'était uniquement avec ses parents. Elle n'avait pas d'ami et était plutôt méfiante à l'égard des gens de son âge.

En 1953, à l'âge de 23 ans, elle partit un an en Suisse, comme fille de salle, elle dut abandonner son emploi à cause d'un eczéma.

A son retour, elle travailla dans une filature pendant quatre ans, là encore l'usine fit faillite. Elle entra ensuite dans une autre entreprise, où elle travaillait sur presse pour faire des maillons.

C'est à cette époque, en 1960, qu'elle fut hospitalisée une première fois durant une quinzaine de jours pour une dépression réactionnelle: elle avait récemment rompu avec son fiancé et était en conflit avec son propriétaire. Elle avait fait à son travail plusieurs crises hystériques. Le résumé de son observation était libellé : Anxiété, tristesse, personnalité hystérique, avec théâtralisme, revendication affective, recherche manifeste de bénéfices secondaires. Aux tests : intelligence normale. QI = 101 %. Au Rorschach = protocole avec éléments anxieux et dépressifs chez un sujet de structure hystérique avec forte impulsivité et possibilité de raptus anxieux.

Reentrée chez elle, elle travailla quelque temps puis partit en cure de repos. C'est à cette époque qu'elle rencontra sa future belle-mère, qui favorisa les rencontres avec son fils. Son futur mari était ouvrier dans une usine métallurgique. La malade accepta le mariage, pensant que "ça la guérirait." En

1962, ils se marièrent. Dès le début, nous dit la malade, "ça n'a plus été". Elle nous dépeint son mari comme très égoïste, lui faisant continuellement des reproches au sujet des dépenses qu'il trouve excessives. Les disputes sont très fréquentes dans le ménage et souvent son mari la laisse seule à la maison, pour sortir.

En février 1963, la malade est revue en consultation à la clinique psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide. Prise en flagrant délit à un poste de douane pour avoir voulu passer quelques boîtes de cigares, elle se jeta à l'eau et fut rattrapée in extremis. Elle se sentait déshonorée, dit-elle, pour avoir eu affaire aux gens de loi. Lors de cet entretien, elle s'est plainte de mal dormir, de faire de fréquents cauchemars et de se sentir nerveuse. Elle prenait d'ailleurs sans arrêt, à dose filée, des tranquillisants, en particulier du Librium. Elle critiquait bien la réaction de panique qu'elle avait eue lorsqu'elle s'était vue aux prises avec la douane, le matin même. Le médecin ne jugea donc pas nécessaire de la garder en milieu hospitalier. Elle devait d'ailleurs 15 jours plus tard changer de résidence et aller habiter dans le pays d'origine de son mari.

C'est quelque temps après, qu'on lui découvrit une tuberculose pulmonaire gauche multiloculaire. Elle resta alors 33 mois en traitement à Aubure, de mars 1964 à décembre 1966. Depuis son retour chez elle, elle travaillait comme femme de ménage.

Elle avait donc un petit garçon de 16 mois, qui est décédé lors de la tentative de suicide. Et au moment de cette tentative, elle était enceinte au 3^e mois.

Examen psychiatrique

Lors du premier entretien, à l'admission, la malade est très véhémement logorrhéique, elle accuse sans cesse son mari dans un langage assez vulgaire.

On apprend au cours de cet interrogatoire qu'elle avait des idées de suicide déjà depuis quelque temps, car l'ambiance familiale lui était devenue insupportable. Elle paraît déprimée. Elle est en outre décidée à ne plus vivre avec son mari et à retourner chez ses parents.

Sa dépression s'est considérablement aggravée lorsqu'on lui a appris la mort de son enfant.

Mais lentement sous l'effet du traitement son état s'est amélioré. Après deux mois d'hospitalisation elle a regagné le foyer maternel.

Conclusion :

Il s'agit dans ce cas, d'une dépression réactionnelle.

C'est un exemple frappant de biographie, faite d'une succession d'échecs. Bien qu'heureuse dans sa famille adoptive, elle fut très marquée, lorsqu'elle apprit à 21 ans son abandon à la naissance; plus tard elle fut amenée à faire plusieurs métiers, mais chaque fois cela se soldait par un échec, soit que l'entreprise fût faillite, soit qu'elle même tombât malade. Son mariage même fut un échec.

Chez cette personnalité vulnérable, fragilisée par toutes ces difficultés et la maladie, il suffit d'une raison minime pour

provoquer une réaction de panique comme en témoignent les motivations des dépressions antérieures et celles qui l'ont poussée au suicide.

(Homicide altruiste).

o
o o

Observation N° 14

Melle V. Christiane née le 19/4/52.

Rappel des faits

Cette malade de 15 ans a été admise à la clinique psychiatrique le 16/6/67, à la suite d'une tentative de suicide par absorption de 12 comprimés de Noctadiol. Six mois auparavant elle avait été placée dans une maison maternelle après avoir accouché d'un garçon Christophe. Depuis 15 jours, par suite d'une ordonnance du juge des enfants, elle vivait avec son enfant dans un foyer. C'est pour quitter ce foyer et pour obtenir le retour dans son milieu familial, qu'elle a fait cette tentative de suicide. Il semble donc y avoir une part de chantage, cependant elle avait envisagé de mettre des comprimés dans le biberon de son enfant: "Je ne veux pas qu'il reste entre les mains d'étrangers" dit-elle, "il est à moi".

Biographie

- Le père de la malade âgé de 37 ans, est maçon. Il est éthylique et coléreux.
- La mère âgée de 35 ans, ne travaille pas en dehors de chez elle.

Christiane est la deuxième d'une fratrie de 8. Son frère aîné âgé de 17 ans est débile, il ne travaille pas et est en instance de placement. Après Christiane viennent deux garçons âgés respectivement de 12 et 10 ans, apparemment normaux, et qui sont à la maison. Vient ensuite une soeur de 8 ans, débile

également qui ne parle pas correctement et qui elle aussi est placée dans un foyer. 3 enfants sont encore à la maison, ce sont 3 filles âgées respectivement de 7, 5 et 2 ans. Il semble y avoir dans la famille un assez grand laisser-aller, ce qui explique que Christiane ait été retirée du milieu familial.

- Du point de vue scolarité, elle a été à l'école primaire jusqu'à 14 ans, élève moyenne elle a cependant réussi son C.E.P. avec mention.

De septembre à novembre 1966, elle a travaillé dans un tissage.

C'est un cousin de son père, un garçon de 24 ans qui est le père de son enfant. Un jour qu'elle était restée seule chez elle avec lui, il aurait abusé d'elle, c'était la première fois qu'elle avait des rapports sexuels. Elle a caché sa grossesse jusqu'au 5^e mois.

Actuellement elle connaît un algérien de 24 ans, avec qui elle aimerait se marier, mais sa mère s'y oppose.

Examen

De l'examen il ressort qu'il s'agit d'une psychopathe, perverse, mythomane et agressive.

Durant son hospitalisation, elle a fait plusieurs tentatives de fugue et un simulacre de suicide.

Les tests psychologiques nous donnent les renseignements suivants :

Au Wechsler : intelligence subnormale avec un Q.I. de 95 %.

Au Rorschach : fond d'abandonnisme affectif, associé à des éléments dépressifs réactionnels, sensibilité marquée aux frustrations des situations et revendication affective. Signes anxieux diffus, sentiment d'insécurité : image paternelle perçue comme agressive et dévalorisée, image maternelle assez floue et insécurisante. Impulsivité sous-jacente sans grande capacité de contrôle des affects.

Le 18/7/67, elle dut être transférée dans un hôpital psychiatrique en raison de la perturbation importante qu'elle créait dans un service ouvert.

Conclusion : (Intention d'homicide altruiste).

II^e - C H A P I T R E

ETUDE CRIMINOLOGIQUE

et

PSYCHOPATHOLOGIQUE

II^e - C H A P I T R E

Ce chapitre comporte trois parties :

A.- PARTICULARITES DES OBSERVATIONS 11 et 14

B.- ETUDE CRIMINOLOGIQUE :

- 1°) - Age
- 2°) - Sexe
- 3°) - Niveau intellectuel et niveau d'étude
- 4°) - Situation professionnelle
- 5°) - Situation familiale
- 6°) - Situation criminogène : facteurs lintains et
immédiats du passage à l'acte.
- 7°) - Heure et lieu du passage à l'acte
- 8°) - Place du suicide collectif dans l'ensemble
de la symptomatologie
- 9°) - "Mise en scène" et gestes associés.

C.- CARACTERES DU PASSAGE A L'ACTE ET ETUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE

- 1°) - Caractères du passage à l'acte
- 2°) - Agressivité
- 3°) - Structure psychopathologique
- 4°) - Troubles de la mémoire post-critiques
- 5°) - Absence de sentiment de culpabilité? Sérénité.
- 6°) - Conclusions.

A.- PARTICULARITES DES OBSERVATIONS N°11 et 14

1°) - Dans l'observation N°11, il s'agit surtout d'une mise en scène impressionnante, destinée à frapper l'imagination de la famille. Par cette tentative de suicide collectif, interrompue, la malade accusait sa famille, elle la rendait responsable de son geste, puisque l'abandon et le désarroi l'avait amenée à cette dernière extrémité.

Mais les circonstances dans lesquelles s'est produite cette tentative révèlent une importante agressivité de la malade à l'égard de son entourage, et c'est ce qui fait en partie l'intérêt de ce cas. Nous verrons plus loin que l'agressivité est un des traits de caractère essentiels de la personnalité de ces sujets.

Un fait nous frappe également c'est l'existence dans les antécédents de cette personne de six avortements provoqués. Ce côté destructeur de sa personnalité peut être rapproché de l'agressivité. Ne voulait-elle pas aussi de cette manière se venger, de son mari qui la rendait malheureuse? Ceci donne également plus de poids à l'attachement qu'elle a pour la fillette avec laquelle elle désirait mourir. Mourir avec le seul enfant vivant c'était détruire ce qui matérialisait encore l'union malheureuse avec son mari.

Les symptômes psycho-somatiques (céphalées et prurit généralisé) sont également une des caractéristiques de cette observation. Ils sont étroitement liés à la crainte qu'elle a de son

mari. Peuvent-ils s'interpréter comme la manifestation somatique de son conflit? Seule une analyse aurait permis d'en saisir la signification véritable.

2°) - La malade de l'observation N° 14 a seulement eu l'idée de tuer son enfant. La note revendicatrice est nette : elle espérait ainsi obtenir le retour dans sa famille. Mais ce qui est intéressant c'est la justification qu'elle donne : "je ne veux pas qu'il (son enfant) reste entre les mains d'étrangers, il est à moi". Nous ne faisons que relever cette phrase, nous en reparlerons plus loin à propos du libéricide et de l'identification.

Après avoir isolé ces deux observations, nous ne nous intéresserons plus qu'aux douze autres cas dans l'étude criminologique qui va suivre.

Cette étude comprendra d'une part, les remarques concernant l'identité de ces malades, d'autre part, la recherche des facteurs lointains et immédiats du passage à l'acte.

B.- ETUDE CRIMINOLOGIQUE

Introduction

Toutes les remarques tirées de la comparasion des différentes observations n'ont aucune valeur statistique étant donné, d'une part le faible nombre de cas et d'autre part l'impossibilité de pouvoir les comparer à un échantillonnage normal.

Cette difficulté tient à la rareté du suicide collectif par rapport aux autres suicides. J.C. BATT (6), dans une étude de 1948, fait la même constatation : "L'homicide dans les états dépressifs n'est pas fréquent, c'est pourquoi il est difficile de réunir une série suffisamment importante pour en tirer des conclusions incontestables."

Après avoir examiné des centaines d'états dépressifs admis d'urgence au St. Ebba's Hospital, Epson, il n'a pu retenir que 20 cas d'homicide. Dans cette recherche l'auteur donne des conclusions chiffrées en pourcentage, qui sont discutables du fait de ce petit échantillonnage, mais il a l'avantage d'avoir pu comparer ces résultats à ceux que lui a apportés l'examen d'un groupe témoin, constitué par 29 meurtriers, non déprimés et considérés comme "normaux".

Au cours de l'étude qui suit, nous nous référons à plusieurs reprises à ce texte car il est un des rares que nous ayons trouvé dans la littérature.

1°) - L'âge :

La moyenne d'âge de nos malades est basse, puisqu'ils ont tous moins de 40 ans, à l'exception de la malade de l'observation N°1 qui a 67 ans.

1 malade a 21 ans

4 malades ont entre 26 et 32 ans

6 ont entre 32 et 40 ans.

Nous ne pouvons que constater la jeunesse relative de ce groupe.

J.C. BATT constate que la moyenne d'âge des malades mentaux et du groupe témoin est sensiblement la même : la trentaine. Mais la recherche des âges extrêmes auxquels ont été commis un homicide, donnent un plus grand éventail dans le groupe de référence, qui est remarquable par sa limite inférieure de 16 ans.

La tranche d'âge où l'homicide est le plus fréquent chez les malades mentaux est de 30 à 34 ans. C'est dans la tranche 16 - 20 ans que le pourcentage est le plus élevé dans le groupe témoin. Bien plus, avant 25 ans, 25 % seulement des malades ont passé à l'acte, alors que 45 % des sujets "normaux" meurtriers ont moins de 25 ans.

Avant 34 ans il n'y a pas moins de 85 % des cas d'homicide chez les déprimés. BATT explique ce fait, en disant que ce symptôme, l'homicide est beaucoup plus fréquent lors des premiers accès de dépression que dans ceux qui surviennent par la suite.

2°) - Le sexe :

Dans notre échantillonnage, il y a une grande majorité de femmes: des 12 observations qui nous intéressent, dix sont des femmes, deux seulement intéressent des hommes.

Nous n'avons pas trouvé de chiffres récents sur l'influence du sexe dans la fréquence du suicide collectif. Cependant, H. EY (40) et G. HEUYER parlant du suicide collectif à propos de la mélancolie, soulignent sa plus grande fréquence chez la femme. De même J.C. BATT (6) dans son groupe de 20 malades, n'a qu'un seul homme.

3°) - Niveau intellectuel et niveau d'étude :

Neuf de nos malades n'ont fait que des études primaires, certains même sans C.E.P. Parmi ces neuf malades, une seule a ensuite obtenu un brevet de compagnon (N°4).

Seuls trois sujets ont un niveau intellectuel et un niveau d'étude plus élevé, en effet : la malade de l'observation N° 9 a poursuivi ses études jusqu'au baccalauréat, puis a réussi un C.A.P. de secrétaire; les malades N° 6 et 7 ont fait des études supérieures.

En se fondant uniquement sur cet échantillon, on est frappé par le niveau intellectuel relativement bas. Cette constatation est-elle l'effet du hasard ou a-t-elle une valeur statistique? nous ne pouvons le dire.

De toute manière, au niveau intellectuel correspond en

général un niveau social, avec des difficultés matérielles éventuelles. C'est en ce sens que ce trait de caractère est intéressant, car nous verrons le rôle dévolu à ces difficultés dans le déterminisme de tels actes.

4°) - Situation professionnelle :

Des neuf malades qui sont d'un niveau primaire peu nombreux sont ceux qui peuvent justifier d'une formation professionnelle spécialisée. Il n'y a que celle de l'observation N° 4 qui est couturière. Nous n'avons pas de renseignements sur la formation professionnelle éventuelle du cas N° 12.

Les sept autres malades (N°1, 2, 3, 5, 8, 10, 13) se définissent ainsi : une malade (N°13) a fait une école commerciale après l'école primaire, mais sans obtenir de diplôme; les six autres ont travaillé dès la sortie de l'école : trois comme ouvriers d'usine, trois dans une ferme.

Sans conclure, soulignons malgré tout la médiocrité relative de la formation professionnelle de ces sujets.

De plus, six de ces sept personnes sont des femmes qui dès leur mariage ont abandonné le travail rémunéré, sauf les malades des observations N° 5 et 13, qui continuaient à faire des ménages. Ainsi, pour avoir une plus juste idée de la situation professionnelle du couple, il est nécessaire de donner quelque précision sur la profession du conjoint : ce sont tous des ouvriers, sauf le mari de Mme C (N°8) qui est facteur.

5°) - Situation familiale :

Dans ce groupe, les difficultés familiales sont fréquentes. C'est la mésentente entre les conjoints qui prime et ceci parfois va de paire avec l'alcoolisme du mari, comme dans l'observation N° 5. L'éthylisme du père de l'intéressée est noté dans 4 cas (N°5, 8, 10, 12).

Parmi ces douze cas, il y a trois personnes seules : Mme H. (N°1) est veuve; Melle B. (N°7) est célibataire; Mme H. (N° 9) vit séparée de son mari.

En ce qui concerne les neuf autres, nous avons retrouvé des difficultés conjugales nettes dans trois observations (N°4, 5, 13).

Ces constatations sont intéressantes, car nous allons voir l'importance de ces difficultés comme facteurs prédisposants et parfois même déterminants du passage à l'acte, dans les états dépressifs réactionnels surtout.

J.C. BATT (6) fait des constatations qui diffèrent en partie des nôtres. Il note également que 90 % des malades examinés sont mariés, alors que 55 % seulement des sujets témoins le sont. Par contre, il signale une vie familiale heureuse dans la plupart des cas jusqu'à l'apparition de la maladie chez la mère. Cette différence tient au fait qu'il a affaire semble-t-il à des malades psychotiques.

6°) - Situation criminogène : Facteurs lointains et immédiats
du passage à l'acte :

La recherche de ces différents facteurs a déjà été élaborée au terme de chacune des observations.

Pour en dégager des conclusions il convient de reprendre les différents éléments qui semblent avoir joué un rôle important. La complexité des situations ne permet guère d'échapper à un certain arbitraire.

a) - Difficultés familiales et conjugales - Problèmes
affectifs :

Ces difficultés ont été relevées dans plusieurs de ces observations. Ces contrariétés ont souvent joué le rôle de facteurs prédisposants.

Parfois même, l'échec n'est pas seulement familial. A ce propos, l'observation N° 13 est un exemple "d'existence vécue globalement comme un échec." (T. LEMPERIERE) (86).

Ces difficultés conjugales peuvent aussi jouer un rôle direct dans le déclenchement du passage à l'acte, comme dans l'observation N° 13 et surtout l'observation N° 9. Dans ce dernier cas, l'ordonnance de non-conciliation prononcée quelques jours auparavant a été déterminante.

La mésentente conjugale est très mal supportée surtout par les sujets abandonniques, car elle détermine un isolement affectif réel.

L'observation N° 4 réalise une forme un peu particulière de ces problèmes affectifs, car l'isolement de la malade est d'autant plus intense qu'il est également linguistique.

Madame M. ne fut jamais adoptée par ses beaux-parents polonais, qui l'ont toujours considérée comme une intruse. Toute communication était impossible puisque le trio (père, mère et fils) l'excluait totalement en ne s'adressant la parole qu'en polonais. Son isolement était d'autant plus total que la jeune femme avait rompu tout contact avec les amis qu'elle avait avant son mariage.

L'isolement linguistique joua ici un rôle important comme facteur prédisposant, mais on a décrit des états paranoïdes aigus directement liés à l'impossibilité de communiquer.

H. HERSCHMANN (66), en 1919, est le premier à en avoir rapporté des exemples. Il s'agissait, en l'occurrence, d'observations de militaires de l'armée autro-hongroise ou de prisonniers de guerre, transplantés individuellement dans les milieux germanophones.

L. TANFANI (121) décrit des syndromes délirants chez des italiens émigrés comme travailleurs à l'étranger. Dans l'interprétation de ces phénomènes il donne beaucoup d'importance à l'état anxieux résultant "d'une altération du rapport entre le Moi et le milieu créé par une situation particulière qui, chez l'immigré, arrive à modifier la vie habituelle de relation."

Ce sont là des exemples extrêmes mais qui montrent bien l'importance du défaut de communication. Ces troubles sont à

rapprocher de ceux décrits par Ph. KOECHLIN (78) dans des états tels que la cécité, la surdi-mutité, la dyslatéralisation, le bilinguisme de la deuxième enfance, etc...

L'observation N°7 demande une mention spéciale, car les problèmes affectifs y ont un caractère particulier.

En jouant le rôle de la belle-mère dans la pièce de PIRANDELLO, Mademoiselle B.. retrouvait à chaque représentation les difficultés qu'elle rencontrait elle-même, périodiquement dans la réalité, en particulier avec sa propre mère. Or, elle y prenait plaisir, puisque, dit-elle, elle ne s'ennuyait jamais en interprétant cette pièce. Ce rôle dramatique, qu'elle vivait intensément créa sûrement un climat de désarroi favorable à l'éclosion d'une bouffée d'angoisse.

Le facteur directement lié au passage à l'acte est la séquence du film qu'elle tourna la veille de sa tentative. Elle fut très culpabilisée par le fait d'avoir accepté de se présenter nue à la caméra. Sa culpabilité fut considérablement alourdie par les reproches accablants de son ami à ce sujet. A-t-elle cru un instant que son ami l'abandonnerait et qu'elle se retrouverait ainsi à nouveau seule? Ou bien y a-t-il eu "réminiscence" d'un traumatisme psychologique antérieur, encore actif chez cette personnalité hystérique? Seule une analyse permettrait de saisir la signification véritable de ce fait.

- b) - Affection somatique touchant la personne elle-même
ou son entourage immédiat :

γ - Cette affection peut-être réelle

C'est le cas de l'observation N°1, où la brusque décompensation d'une affection cardiaque ancienne a joué un rôle prépondérant.

Les troubles psychiques qui accompagnent les affections cardiaques sont surtout connus au cours des asystolies aiguës. Souvent d'ailleurs, l'évolution des symptômes psychiques est parallèle à celle de l'asystolie.

H. ROGER (112) décrit un état de somnolence avec abattement et obnubilation. On peut même rencontrer de véritables états confusionnels comme le souligne Ph. DREWRY (29). Parfois, ces malades présentent des idées délirantes paranoïdes avec hallucinations plus ou moins terrifiantes : (N. LD. LEWIS)(87).

Les crises d'excitation anxieuse avec ou sans hallucination, peuvent s'accompagner de tentative de suicide. Il est probable que cette malade (N°1) a agi au cours d'un état anxieux de ce type.

Un cas un peu particulier est celui de l'observation N°4 = c'est la fillette de l'intéressée qui est gravement malade. La mère ne peut supporter l'éventualité de perdre cette enfant, à laquelle elle est très attachée et préfère disparaître avec elle.

- La crainte d'une maladie grave ou la conviction délirante centrée sur ce thème ont pu jouer un rôle déclenchant.

Dans l'observation N°8, Mme Ch. craignait d'être atteinte d'un cancer. Sa mère était morte quelques années auparavant, d'un néo digestif. La décision du médecin de la faire hospitaliser pour observation n'a fait que confirmer ses doutes. La maladie est devenue dans son esprit une certitude.

C'est donc secondairement, par l'intermédiaire d'un fait extérieur (la décision du médecin traitant) qu'une cancérophobie est devenue une certitude délirante.

C'est également la crainte d'un internement qui a déterminé le mélancolique de l'observation N° 2 au suicide familial.

Dans les observations N°5 et 12, la motivation semble avoir été d'emblée délirante. La malade du premier cas pensait que ses enfants étaient tarés, syphilitiques et qu'ils seraient "condamnés" à vivre internés toute leur vie.

Dans la seconde observation, c'est la malade elle-même qui se croyait incurable. Elle ne pouvait alors supporter l'idée d'abandonner ses enfants.

c) - Difficultés matérielles

L'observation N° 6 en est un exemple frappant. Des difficultés financières insurmontables dans l'immédiat, des dettes en particulier, ont suscité la perspective de la misère et

de la déchéance imminentes.

Il peut s'agir d'une affaire d'héritage, qui ne se solutionne pas favorablement ou difficilement comme pour la malade de l'observation N°3. Dans ce cas, le fait réel n'est sûrement pas le facteur directement responsable, mais il a créé une tension émotionnelle importante, favorable à l'explosion de fantasmes persécutifs et agressifs.

Quelquefois aussi ce sont les difficultés d'argent occasionnées par l'achat ou la construction d'une maison comme dans l'observation N°2. Tel n'est pas ici le fait directement responsable, mais il était culpabilisant et rendait encore plus critiques les problèmes familiaux posés par le licenciement de Monsieur G. C'est une des causes que l'on retrouve fréquemment à l'origine de décompensation mélancolique.

G. DESHAIES (24), citant K. SHIGEYUKI, signale au Japon, l'augmentation du nombre de suicides de parents avec meurtres d'enfants, passé de 851 en 1912 - 1925 à 4323 en 1925 - 1938, en rapport surtout avec des difficultés financières accrues.

KENSHIRO OHARA (75) dans une recherche datant de 1954 fait les mêmes constatations.

d) - Fautes professionnelles

Dans l'observation N° 2, ce malade mélancolique a été très culpabilisé par des erreurs professionnelles pour lesquelles il avait été ajourné. Ces fautes graves c'était la confirmation de sa déchéance. Son ajournement allait réduire sa famille à la

misère, pensait-il. Mais, comme nous l'avons vu, l'état de tension anxieuse fut à son acmé seulement après la décision d'hospitalisation en psychiatrie, qu'il refusa.

e) - Déracinement

Un changement de quartier, d'habitat, est souvent à l'origine d'un état dépressif. Les malades mettent parfois leur affection sur le compte de la fatigue due au déménagement. La plupart du temps, on retrouve comme plainte essentielle = le changement d'habitudes, la perte d'un cadre familial et intime, l'impression d'être déraciné. Ce genre de problèmes se retrouve dans l'observation N° 10. Dans ce cas particulier, le déménagement n'est pas directement lié à la tentative de la malade, mais elle se sentait étrangère à son nouveau quartier. Elle croyait vivre en Amérique, disait-elle. Son environnement affectif habituel avait disparu. Elle était comme isolée, abandonnée. Son abandon lui sembla total lorsque, le soir de sa tentative, son mari sortit, peut-être avec d'autres personnes (cf. la démarche illogique de la pensée, lorsque la malade vit, en regardant par la fenêtre, des gens partir en voiture). Il semble bien, dans ce cas, que cette jalousie quasi-délirante ait été le facteur déterminant du passage à l'acte. La perte du cadre familial n'est en fait que le fond du tableau.

Tels sont dans ces observations, les différents facteurs qui ont joué un rôle important dans le déclenchement du passage à l'acte. Les faits les plus anciens chronologiquement ont, en quelque sorte, préparé le terrain en créant un climat de désarroi, de malaise et d'angoisse. Les autres, plus directement

liés au fait même, ont joué le rôle déclenchant parce qu'ils touchaient soit une personnalité délirante, soit une personnalité névrotique, fragilisée par des difficultés antérieures. Il est certain que dans chaque cas, plusieurs facteurs sont intervenus c'est pourquoi il est souvent difficile de savoir quel est celui qui a été déterminant.

7°) - Heure et lieu du passage à l'acte :

a) - Heure

- Dans les dernières heures de la nuit, au petit jour = 5 cas (N°1, 2, 3, 6, 8).
 - Dans la matinée = 4 cas (N°4, 5, 7, 12)
 - Enfin d'après-midi = 1 cas (N°13)
 - Le soir = 1 cas (N°10)
- Nous n'avons pas d'horaire précis pour l'observation N°9, nous savons seulement que c'est dans la journée que la tentative a eu lieu.

Nous voudrions surtout insister sur les cinq premiers cas, car chez ces malades, l'insomnie est sûrement un élément important. En effet, c'est après plusieurs nuits de veille et de ruminations qu'ils ont agi. La nuit, leur solitude était plus totale et plus angoissante.

Ces remarques sont à rapprocher des constatations faites par L.S. LIPSCHUTZ (90). Etudiant quelques aspects administratifs du suicide dans un hôpital psychiatrique (Eloïse Hospital) l'auteur a noté une plus grande fréquence de tentatives et de

suicides "réussis" entre 1 heure et 6 heures du matin. Il explique ceci par le relâchement de la surveillance nocturne, mais il fait également intervenir d'autres facteurs non négligeables tels que l'insomnie, la solitude, une propension accrue à la rumination et à l'introspection.

Par une étude électro-encéphalographique, M.D. LIBERSON (89), dans son article: "Le problème du sommeil et la maladie mentale", donne des renseignements intéressants, qu'il serait trop long de citer ici. Il écrit en particulier ceci : "Une anxiété psychogène entraîne de l'insomnie. C'est une observation courante. L'expérience sur l'animal révèle cependant qu'une insomnie prolongée entraîne un véritable état toxique, une condition "organique endogène", cet état se traduisant par la persistance de tracés E.E.G. insolites.

b) - Lieu

Tous ces suicides familiaux ont eu pour décor le lieu même d'habitat, sauf dans le cas N°9, où la malade prit une chambre d'hôtel. Ce qui n'est pas étonnant étant données les conditions particulières à la réalisation de ce type de suicide. Tous les malades, examinés par J.C. BATT (6) ont également commis leur crime à la maison. Mais l'auteur dit avoir connaissance d'exemples où le lieu d'exécution choisi était différent de l'habitat.

8°) - Place du suicide collectif dans l'ensemble de la symptomatologie

Il est intéressant de constater qu'on retrouve des anté-

cédents psychiatriques ou neurologiques chez tous ces sujets sauf dans trois cas (N°1, 7 et 14). Pour les observations 1 et 7 en particulier, le passage à l'acte a été révélateur et absolument imprévisible.

Mis à part, la malade épileptique (N°3) les antécédents le plus souvent notés sont du type dépressifs avec parfois plusieurs tentatives de suicide, ou névrotiques simples.

Parmi ces malades, trois surtout sont intéressants (N°2, 8, 10) car chez eux les troubles constatés étaient d'apparition récente. Le malade de l'observation N°2 avait été examiné quelques jours auparavant par un psychiatre, qui avait diagnostiqué un état mélancolique. Par contre, les malades (N°8 et 10) n'avaient pas vu de psychiatre : la première était allée chez son médecin pour des plaintes somatiques; chez la seconde c'est surtout son proche entourage qui avait remarqué un net changement de caractère.

Donc, le passage à l'acte n'était prévisible pratiquement que chez deux malades (N°8 et 12). Chez les autres, s'il était envisageable il n'en a pas moins été une surprise brutale car, ou bien les antécédents psychiatriques étaient anciens, ou bien les plaintes et les troubles avaient une apparence mineure qui ne pouvait inquiéter, chez une personnalité névrotique.

A ce sujet, J.C. BATT (6) écrit : "Deux possibilités doivent être envisagées :

- a) - l'homicide seul représente toute la maladie.
- b) - Les symptômes antérieurs sont si légers qu'ils ne sont pas pris au sérieux. Il faut tout de suite dire que la première

possibilité n'existe pas. En bref, dans aucun cas d'homicide chez un déprimé, il n'y a eu absence de symptômes avant le crime, ainsi seul le point "b" doit être retenu."

Il donne ensuite un exemple clinique, au terme duquel il conclut par ces lignes : "Il est évident... que les symptômes sont souvent très nets avant l'acte, mais quelquefois ils sont beaucoup moins remarquables que dans l'exemple donné, ceci doit être un des éléments déterminants dans la décision d'établir un rapport de causalité entre la conduite du malade et sa maladie."

9°) - "Mise en scène" et gestes associés : Le feu.

Le changement vestimentaire

Nous avons cru bon d'isoler les quelques remarques qui vont suivre, sans y insister toutefois, car elles nécessiteraient à elles seules une étude particulière.

a) - le feu

Dans trois cas (N°3, 9, 12) il y a eu geste incendiaire. Dans l'observation N°3 il a été concomitant du geste homicide, dans le cas N°9 il l'a précédé, enfin dans le cas N°12 il résume toute la décharge agressive.

L'incendie est spectaculaire, fascinant, il provoque plaisir, puissance et force, mais ici il suggère surtout la destruction et la catastrophe.

C'est comme le geste homicide proprement dit la libération

d'une impulsion agressive tournée vers autrui (observation N°3, 9) mais aussi contre le sujet lui-même (la malade mélancolique N°12).

b) - Changement vestimentaire

Autre fait particulier: deux malades ont éprouvé le besoin de changer leurs vêtements avant de mourir avec leur enfant. Celle de l'observation N° 7 a revêtu les habits dont elle préférait la couleur et s'est coiffée à la romaine comme pour les jours de fête. Celle de l'observation N°10 portait sa robe de mariée. Dans le cas N°7, ces préparatifs évoquent d'enblée la tendance exhibitionniste de l'Hystérique.

Il y a là à la fois un souci d'esthétique assez surprenant, mais aussi peut-être le besoin de revivre une situation antérieure agréable. Ce travestis n'aurait-il pas des vertus magiques?

Ceci nous rappelle aussi les soins nombreux, en particulier l'enbaument, que les Egyptiens faisaient subir à leurs morts. L'enbaument pensaient-ils, constituait la meilleure sauvegarde pour le mort.

C.- CARACTERES DU PASSAGE A L'ACTE ET ETUDE
PSYCHOPATHOLOGIQUE

1°) - Caractères du passage à l'acte :

On est avant tout frappé par la brusquerie d'apparition de la symptomatologie. Le comportement au cours de ces accès homicide-suicide est caractérisé par un acharnement dans la destruction, sous-tendu par une agressivité féroce due à la libération de pulsions homicides sadiques, souvent après une longue préné-
ditation et des ruminations morbides préalables.

Certains malades ont agi avec une violence extrême, avec acharnement, tels ceux des observations N°1, 2, 3, 6, et 8.

L'observation N°3 est de ce point de vue la plus caractéristique, les symboles les plus primitifs y ont été mobilisés : le choc, le feu et l'eau.

Cette activité rappelle celle des états de fureur typiquement épileptiques, mais à l'inverse de ceux-ci le comportement est ici tout à fait structuré et il n'y a pas, à proprement parler, d'excitation motrice intense.

L'acharnement à détruire est également très net dans l'observation N°2. En effet, ce malade a d'abord essayé d'intoxiquer sa famille, cette tentative ayant échoué, il se servit alors d'une hache.

De tels actes témoignent d'une agressivité intense dirigée d'abord sur un objet extérieur puis sur l'auteur lui-même.

Précisons ce concept d'agressivité.

2°) - Agressivité :

STEKEL déclarait en 1910: "Personne ne se suicide qui n'ait désiré la mort de quelqu'un." D'ailleurs, "l'homicide de soi-même" est l'ancienne périphrase pour désigner le suicide.

Les études psychanalytiques du suicide (P. FRIEDMANN en 1935 A. GARMA en 1935; G. ZILBOORG en 1936, surtout) s'appuient essentiellement sur la relation qui unit l'auto-agressivité à la tendance hétéro-agressive.

a) - Hétéro-agressivité, encore nommée alloagressivité
par D. LAGACHE

"L'agressivité semble par nature et d'emblée orientée vers l'extérieur et n'avoir pour raison d'être que des objets en dehors de l'individu même, disposition offensive comme une arme." écrit G. DESHAIES (24) à propos des déterminismes du suicide.

C'est cette décharge hétéro-agressive qui fait l'originalité des observations N°1, 2, 3, 6 et 8, alors que dans les autres cas les deux types d'agressivité sont concomitants, la malade se suicidant en même temps qu'elle tue son enfant, par le même moyen.

De plus, si l'acte homicide a été immédiatement suivi d'une tentative de suicide chez les malades (N°1, 3 et 6) par contre l'action a été exclusivement hétéro-agressive dans les observations N° 2 et 8.

En fait, dans ces deux derniers cas, tout s'est passé comme si toute la charge d'agression s'était libérée brusquement dans le meurtre. Cependant il existe toujours un potentiel auto-agressif, momentanément annulé.

En effet, Monsieur G. (N°2) nous disait : "je n'ai plus besoin de me suicider, on me tuera." Il en est de même pour Madame C. (N°8) qui pensait bientôt mourir; d'ailleurs nous l'avons vu, elle se suicidait un mois plus tard.

J.C. BATT (6), dans l'étude déjà citée, a également remarqué souvent une interruption de l'action après le geste homicide. L'auteur rapproche ce fait d'une constatation fréquente = la rémission rapide des symptômes dans les états dépressifs après une tentative de suicide. Il conclut en ces termes : "Après l'homicide, l'énergie nécessaire pour accomplir l'acte dans sa totalité est perdue et ainsi le suicide n'a pas lieu".

Voici, par contre, une observation où l'agressivité s'est uniquement libérée vers l'extérieur.

Il s'agit d'une jeune femme, Madame G. Jacqueline, 26 ans, mère de deux enfants et enceinte au troisième mois. Alors qu'elle donnait un bain à son deuxième enfant une fillette de 4 mois, elle la frappa à plusieurs reprises à coups de poings, car celle-ci l'excédait par ses cris incessants. L'enfant devait mourir quelques jours après.

Dans les antécédents de cette jeune femme, on relève un premier épisode dépressif à l'âge de 19 ans, elle fut alors

traitée par sismothérapie. Elle fit encore à 23 ans, un état dépressif après le décès accidentel de son fiancé. On est également frappé par une assez grande instabilité professionnelle et des troubles caractériels divers à type d'accès de colère fréquents. Des difficultés conjugales, la charge de deux jeunes enfants et une troisième grossesse après deux ans de mariage n'ont fait qu'aggraver ces traits de sa personnalité en particulier l'irritabilité et les tendances dépressives.

Les quelques jours d'observation permirent de souligner le caractère très fluctuant du contrôle émotionnel. Les facultés intellectuelles n'ont jamais présenté d'altérations.

- Au test de W.B. l'intelligence est légèrement inférieure au niveau moyen (93 % à l'échelle globale).

- Au test de Rorschach les tendances dépressives se révèlent avec plus d'intensité, de même que les attitudes d'abandonnisme, d'insécurité et de revendication affective.

Cette malade, par les traits de sa personnalité, par ses antécédents, a beaucoup de points communs avec ceux de nos observations. C'est aussi dans un moment de plus grande fatigue morale et physique qu'un état de tension permanent s'est brusquement libéré sous la forme d'une décharge alloagressive pure.

Une telle brutalité agressive est assez fréquente, a minima, chez les primipares. Certaines mères n'éprouvent aucun attachement pour ce petit objet piaillant qui leur semble étranger. L'angoisse, la peur de mal faire, le désarroi devant une difficulté imprévue sont les raisons de leur attitude.

Mais comment un objet d'amour peut-il aussi être source de haine?

b) - L'ambivalence pulsionnelle

Tout attachement objectal implique deux tendances, à la fois de l'amour et de la haine.

Tous ces malades ont tué ou essayé de supprimer les êtres qui leur étaient le plus chers. Certains même, ont fait un choix en la personne de l'enfant auquel ils étaient le plus attachés.

Etudiant le dualisme des instincts S. FREUD (46) écrit : "Nous avons pris pour point de départ, l'opposition entre les instincts de vie et les instincts de mort. L'amour concentré sur un objet nous offre lui-même une autre polarité de ce genre = amour proprement dit (tendresse) et haine (agression)."

Mais il faut des conditions psychologiques particulières pour que ces sentiments contraires existent et surtout pour que l'instinct d'agression refoulé puisse resurgir et se manifester au maximum de son intensité par la destruction de l'objet.

Nous préciserons ces conditions psychologiques à l'étude du diagnostic de ces différents états dépressifs.

Dans l'analyse de l'Homme aux rats FREUD (47), dit : "L'amour n'a pas éteint la haine, il n'a pu que la refouler dans l'inconscient et là, assurée contre une destruction par l'action du conscient elle peut subsister et même croître. D'habitude l'amour conscient, dans ces conditions, s'accroît par réaction jusqu'à une très grande intensité, pour être à la hauteur de la tâche qui lui est constamment imposée : maintenir son contraire dans le refoulement."

En conclusion : Les pulsions homicides sadiques existent à l'état latent chez tout individu. Elles peuvent au minimum s'extérioriser en parole ou dans une attitude essentiellement accusatrice et revendicatrice (témoins les observations 11 et 14). Parfois, à la faveur de certaines conditions psychologiques, elles resurgissent dans la conscience sous la forme de fantasmes qui préparent le passage à l'acte.

Il est encore plus difficile de cerner le problème de l'agressivité dirigée contre le sujet lui-même. Ceci n'est possible qu'en étudiant la personnalité de ces malades et en précisant le diagnostic de ces différents états dépressifs.

3°) - Structure psychopathologique

a) - La nosographie des douze cas retenus se répartit ainsi:

- 1 Epilepsie psychomotrice : N°3
- 3 mélancolies : N°2, 8, 12.
- 1 bouffée délirante aiguë à teinte nettement dépressive : N°5
- 7 états dépressifs sans éléments psychotiques probants : N°1, 4, 6, 7, 9, 10 et 13.
dont deux dépressions atypiques sur un fond de personnalité schizoïde = N°4, 9.

Au total :

- 1 épilepsie
- 4 états dépressifs avec éléments psychotiques.
- 7 états dépressifs sans éléments psychotiques.

Nous ne reviendrons pas sur les éléments du diagnostic qui ont été donnés à propos de chaque cas. La précision : Etat dépressif sans éléments psychotiques est celle donnée au moment de l'examen des malades; ceci ne permet pas de présumer de l'état au moment du passage à l'acte.

Cette distinction en dépressions avec et sans éléments psychotiques peut paraître schématique, mais elle souligne encore l'importance du facteur familial dans la genèse des états dépressifs réactionnels, puisque celui-ci a été noté dans cinq de ces sept états dépressifs.

b) - Identité du comportement au moment du passage à l'acte

Il est frappant de constater, au moment du passage à l'acte, l'identité du comportement de la malade épileptique (N°3) et des malades mélancoliques (N°2 et 8).

Chez les uns comme chez les autres, il y a une volonté intense de destruction, sous-tendue par une pulsion très puissante.

A propos des impulsions maniaco-dépressives, H. EY écrit : "elle (l'impulsion) se décharge dans les formes stuporeuses ou au déclin des accès en brusque "raptus suicides", soit que les tendances destructrices se projettent en faisceau contre le sujet seul - soit qu'elles se dispersent et visent un "objet élargi" celui de la famille entière...". "Parfois de telles impulsions sont rapides et "effrayantes de lucidité", parfois, au contraire, elles émergent en traits de feu, d'une conscience assoupie dans le crépuscule, le clair-obscur de son obscurcissement".

Est-il possible d'affirmer comme le fait H. EY (38), que ces comportements impulsifs expriment "la régression de la conscience qui cesse d'être réfléchie pour devenir automatique.."?

On aurait tendance à le penser devant l'acharnement identique et les procédés sanglants utilisés par la malade épileptique, mais aussi les deux meurtriers mélancoliques (N°2, 8).

Deux autres malades déprimés (non psychotiques au moment où ils ont été examinés) (N°1, 6) ont également usé de moyens sanglants. Or, nous avons vu, qu'au moment du passage à l'acte, ils étaient dans un état de dépression profonde, proche de l'état mélancolique.

Le problème est sûrement tout à fait différent pour les autres malades = d'une part, elles ont employé des moyens plus doux; d'autre part elles n'ont pas eu de geste hétéro-agressif nettement individualisé, elles se sont en fait suicidées, par le même moyen (gaz d'éclairage, médicaments à dose toxique) et en même temps que leur enfant.

Si la question reste à la rigueur posée pour les malades mélancoliques, qui ont agi avec beaucoup de violence. Elle est hors de propos dans les autres cas.

De toute façon il est difficile de conclure, car tout ce qui concerne le passage à l'acte est refoulé. C'est du refoulement que témoignent les réflexions de certains sujets: = le malade de l'observation N°2 nous dit : "j'ai dû agir dans l'inconscience"; le malade N°6 : "je ne savais plus ce que je faisais"; la malade de l'observation N°9 ne se souvient plus du tout de ses faits et gestes, elle se souvient seulement avoir

entendu des crépitements lorsqu'elle a tenté de mettre le feu à l'appartement de son mari; la malade N°7 : "C'est comme si quelqu'un avait agi à ma place".

c) - Libéricide et suicide

Une autre caractéristique importante de ce passage à l'acte, réside dans le fait qu'il s'agit avant tout d'un libéricide.⁽¹⁾ Les proches de ces malades et le plus souvent leur enfant ne représentent plus à ce moment là une identité propre mais un objet qui leur appartient, sur lequel ils ont le droit de mort, puisqu'il est à eux, puisqu'il est eux-mêmes.

Ces mères sont excessives au point d'entraîner avec elles dans la mort leur enfant, qui leur appartient en propre. Nous ne ferons que rappeler à ce sujet, certaines réflexions préalablement notées = la malade (N°7) avait donné cette justification à son geste: "il y a une relation entre mon fils et moi. C'est la même personne que moi." ou encore celle de la malade (N°14): "je ne veux pas qu'il reste entre les mains d'étrangers, il est à moi." Telle est aussi l'attitude de la malade (N°11) vis-à-vis de son enfant "rescapé", "en sursis", alors qu'elle a volontairement interrompu six autres grossesses.

C'est retrouver dans la mort l'union qui risque d'être rompue. L'image du malade (N°2) déposant sur le lit conjugal les cadavres de toute sa famille, qu'il vient de tuer, est riche de symbolisme.

A propos de ce dernier cas, nous voudrions ouvrir une parenthèse = si l'objet possédé, au point de le tuer, est uniquement son enfant pour la mère, semble-t-il; il englobe également

(1) L'étymologie a été donnée dans l'introduction.

la mère de ses enfants, pour Monsieur G., mais aussi pour Monsieur H. (N° 6). C'est l'image excessive du chef de famille, du patriarche, imbus de tous les droits.

Ce mode d'attachement pathologique, "cannibalique" à un objet, est ce que FREUD (49) appelle l' "identification". Il y a donc chez ces sujets régression de la personnalité à un stade primitif de l'évolution libidinale, au stade oral. "On peut décrire la situation, écrit FREUD, en disant que l'identification a pris la place du penchant érotique, que celui-ci s'est transformé, par régression, en une identification."

FREUD dit encore: "A la suite d'une transformation régressive, l'identification prend la place d'un attachement libidinal à un objet, et cela par une sorte d'introduction de l'objet dans le moi..."

Mais l'action ne se résume pas en cette alloagressivité, il y a en plus un geste auto-agressif, qui dans nos observations prend la forme d'une tentative de suicide.

On pourrait croire à la nature réactionnelle de ce suicide: l'acte homicide entraînerait une culpabilité insupportable au point que le sujet en arriverait à se supprimer. En fait, tout semble prouver que c'est d'un même influx, d'un même stimulus, d'une même impulsion que procèdent geste hétéroagressif et suicide. C'est par le même mécanisme d'introjection de l'objet qu'on peut arriver à cerner la question du suicide.

C'est en 1916, que FREUD (48) systématisa sa conception dans son étude : "Deuil et Mélancolie".

"Seul le sadisme résout pour nous l'énigme de la tendance au suicide qui rend la mélancolie à la fois si intéressante et si dangereuse. Nous avons constaté que l'état primitif d'où naît toute la vie instinctive est un si grand amour du moi, nous avons vu dans l'angoisse qui se fait jour dès que la vie est menacée se déchaîner un tel apport de libido narcissique que nous ne pouvons saisir comment le moi peut accepter sa propre destruction. Sans doute, savons-nous depuis longtemps que lorsqu'un névrosé a des intentions de suicide, il a retourné contre lui-même une impulsion criminelle primitivement dirigée contre autrui, mais le jeu des forces qui permettent au suicide de se réaliser demeurerait incompréhensible? Or, l'analyse de la mélancolie nous apprend maintenant que le moi ne peut se supprimer que quand, projetant en lui, en quelque sorte, l'objet d'amour, il peut se traiter lui-même en objet et diriger contre lui-même l'hostilité qui visait l'objet - réaction primitive de la part du moi envers tous les objets du monde extérieur."

C'était la première fois qu'on exprimait aussi clairement le rapport étroit entre propension criminelle et suicide.

C'est par ce biais, nous l'avons vu, qu'il est possible de comprendre l'absence de tentative de suicide immédiatement après le meurtre dans les observations N° 2 et 8. Ces sujets se sont comme vidés, au moment du meurtre, de toute leur charge sadique, au point d'interrompre leur geste, au moment où il se serait retourné contre eux-mêmes.

Dans le deuil, la perte objectale est consciente, alors

que chez le mélancolique la perte objectale échappe au conscient. Chez lui, elle existe en fonction du "processus de la régression à partir du choix narcissique objectal..."

Ceci permet de penser que d'une part la personnalité de ces malades, qui ne sont pas seulement des mélancoliques, se caractérise essentiellement par ce choix objectal narcissique et que d'autre part la perte objectale peut se résumer en une blessure narcissique du moi. Cette faille dans le moi est objectivée par les vexations, les humiliations, les avatars de la vie, que nous avons relevés dans la biographie de tous.

Rappelons encore cette phrase de O. RANK citée par FREUD (48), qui qualifie parfaitement ce type de choix objectal : il "doit avoir un fondement narcissique, de telle sorte que l'investissement objectal, au cas où des difficultés s'y opposeraient puisse régresser vers le narcissisme. L'identification narcissique avec l'objet se substitue alors à l'investissement amoureux..."

En conclusion : Le suicide collectif peut donc être conçu comme un acte d'amour "altruiste" = le sujet étant convaincu que les personnes aimées ne supporteraient pas sa disparition et ne pourraient vivre sans lui. Sa réalisation suppose un attachement pathologique à l'objet, du type identification narcissique. Mais dans une hypothèse purement théorique, ce type de suicide, peut aussi être considéré comme un acte agressif contre ceux que, dans sa déréliction mélancolique, le sujet ne peut plus aimer, dont il ne ressent plus l'affection et qui, incapables de le retenir à la vie, doivent être détruits comme de "mauvais objets". Cette hypothèse peut prendre appui sur l'acharnement parfois

sadique que déploie le meurtrier alors qu'il pourrait choisir des procédés plus doux et non sanglants.

4°) - Troubles de la mémoire post-critiques :

L'amnésie est classiquement admise après une crise épileptique. Elle est aussi bien connue après certaines tentatives de suicide responsables d'une anoxie cérébrale, comme l'intoxication par le gaz d'éclairage. L'amnésie pour divers comportements impulsifs est fréquente dans les bouffées délirantes aiguës, les états oniroïdes ou crépusculaires, les délires épisodiques hallucinatoires ou de dépersonnalisation, les crises mélancoliques ou maniaques.

Nous retrouvons ces troubles de la mémoire particulièrement dans les observations N°3, 8 et 9. L'amnésie est du type lacunaire, pour les faits eux-mêmes, dans le cas N°3. Il peut s'agir de troubles plus légers, également lacunaires, comme dans l'observation N°9. Dans le cas N°8, l'amnésie est du type rétrograde puisqu'elle touche surtout les faits qui ont précédé la crise. Ceci, dans le cas particulier, va de pair avec toute la symptomatologie mélancolique: "La stupeur, l'obnubilation de la conscience, l'inhibition, la concentration émotionnelle, l'anxiété sont autant de traits caractéristiques de la conscience mélancolique qui gênent la fixation et le rappel de souvenirs. Sans doute le passé pèse-t-il de tout son poids, s'engage-t-il massivement dans la mélancolie au point de capter à son profit l'immobilité de la conscience catastrophique et angoissée, mais la mémoire en tant qu'elle implique précisément un mouvement de flux et de reflux se trouve paralysée et sidérée. " H. EY (37). Cette sidération également affective, cette sorte d'in-

différence se voit nettement dans les observations N°3, 4, 5, 8 et 10.

Les troubles de la mémoire sont parfois moins probants et ne s'extériorisent que par une déviation de la vérité. Témoins les différentes versions des faits données par la malade de l'observation N°4. Celle de l'observation N°5, quelques jours après sa tentative, donnait une version accidentelle de la mort de son enfant.

L'amnésie, ou tout au moins la dissimulation de la vérité semblent être un mal nécessaire. Oublier ces faits désagréables c'est le moyen, pour ces sujets d'être en paix avec leur conscience, leur Sur-moi.

Dans la psychopathologie de la vie quotidienne FREUD (50) écrit : "L'analyse des cas d'oubli qui nous semble requérir une explication spéciale révèle toujours et dans tous les cas que le motif de l'oubli consiste dans une répugnance à se souvenir de quelque chose qui est susceptible d'éveiller une sensation pénible."

Ces troubles de la mémoire et l'attitude affective déjà mentionnée chez plusieurs malades sont à rapprocher du refoulement de tout ce qui concerne le passage à l'acte et de l'absence fréquente de sentiment de culpabilité.

5°) - Absence de sentiment de culpabilité? Sérénité :

Un sentiment de culpabilité, plus ou moins caché, n'est exprimé que par deux malades : Monsieur G. (N°2) pense devoir être puni : "je sais que je dois mourir... on me tuera", mais cette attitude est bien ambiguë, puisque par ailleurs, il se sait malade et admet aisément la magnanimité de ses juges; chez la malade (N°13) nous avons constaté une nette aggravation des symptômes dépressifs lorsqu'elle apprit la mort de son enfant.

Qu'en est-il des autres malades?

a) - Parfois, leur indifférence apparente (cas N°3, 4, 5, 8, 10) n'exprime en fait que leur étonnement, leur perplexité. Ils sont comme incapables d'un sentiment de culpabilité dans cet état "inaffectif".

b) - Parfois aussi, leur sentiment de responsabilité est très atténué = ainsi le malade de l'observation N°6 rationalise toute sa pensée, au point de ne plus se sentir directement impliqué. Il analyse la situation, avec beaucoup de rigueur, presque froidement, comme si elle lui était étrangère. Cette attitude d'irresponsabilité ou de responsabilité atténuée, prend l'aspect d'une réaction de défense.

c) - Enfin, particulièrement dans un cas (N°1) la malade donne une impression de sérénité. Est-ce le sentiment du devoir accompli? = sa fille ne souffrira plus puisqu'elle l'a tuée. Ou tire-t-elle satisfaction du châtimement, de la blessure qu'elle s'est infligée, en supprimant l'objet aimé?

"L'objet aimé n'est pas perdu car maintenant, je le porte

en moi et ne le perdrai jamais" écrit ABRAHAM.

Mais, de toute façon, ces différents tableaux affectifs sont extrêmement limités dans le temps et susceptibles d'importantes fluctuations. Ils correspondent dans tous les cas, aux premiers jours après la crise. Ces réactions de défense semblent toujours bien fragiles. Rappelons simplement le cas N°1 où la maîtrise de l'émotivité n'a duré que quelques heures après l'homicide.

6°) - Conclusions

Le geste homicide des malades mélancoliques et de la malade épileptique se caractérise par la libération brutale de pulsions agressives sadiques, qui existent à l'état latent chez tout individu.

L'hétéroagressivité est plus cachée chez les sujets déprimés qui ont usé de moyens plus doux, non sanglants.

Le caractère "élargi" du suicide et le geste autoagressif lui-même supposent une régression de la personnalité au stade sadique oral, avec identification à l'objet et introjection de celui-ci dans le Moi.

Les troubles de la mémoire post-critiques sont fréquents et divers. Ils sont le reflet de la "paralysie" et de la sidération de la conscience du mélancolique. Ils sont le fait de l'oubli et du refoulement.

Enfin, l'absence de sentiment de culpabilité et l'inaffec-

tivité apparents peuvent être interprétés comme des réactions de défense de la part du Moi; ils demandent à être discutés et sont en tout cas des défenses fugaces et fragiles.

III^c - C H A P I T R E

- Aspect médico-légal
- L'expertise

A.- NOTIONS GENERALES

B.- PROBLEMES PARTICULIERS A PROPOS DE CHACUNE DES EXPERTISES

- 1°) - Malades psychotiques
- 2°) - Etats névrotiques

Conclusions.

A.- NOTIONS GENERALES

D'après LITRE = "le crime est une très grave infraction à la morale ou à la loi, ou punie par les lois, ou réprouvée par la conscience."

Pour le juriste, le crime est un acte "qui présente ce caractère extérieur que, une fois accompli, il détermine de la part de la société cette réaction particulière qu'on appelle la peine." E. DURKHEIM ⁽¹⁾ cité par J. PINATEL (106).

En outre, l'article 64 du Code Pénal précise = "Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démente au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister."

C'est du crime de meurtre, de tentative de meurtre ou de coups et blessures volontaires que doivent répondre les malades dont nous avons rapporté les observations.

C'est à l'équipe d'experts et au psychiatre en particulier, qu'incombe le devoir de déterminer le degré de responsabilité de l'accusé dans l'acte qui lui est reproché.

Au cours de l'expertise médico-légale, plusieurs questions sont donc posées :

1°) - Diagnostic

2°) - Le sujet était-il en état de démente, au sens de

(1) Les règles de la Méthode sociologique, Paris, P.U.F., 13^e édition 1956, p.33.

l'article 64 du Code Pénal, au moment des faits?

3°) - Le sujet reste-t-il dangereux et doit-il être interné?

Depuis le début du XIX^e siècle, le concept d'état dangereux est banal en psychiatrie. En effet, depuis 1838, le préfet peut ordonner le placement d'office dans un établissement psychiatrique de toute personne dont l'état mental est susceptible de compromettre l'ordre public, et la sûreté des personnes.

C'est R. GAROFALO qui, en 1880, (58 et 59) transposa ce concept en criminologie. Sous ce terme de Dangerosité, qui a pour synonyme = Périculosité, Redoutabilité, état dangereux, témibilité, le criminologiste désigne, la perversité constante et agissante du délinquant, sa "capacité criminelle".

Pour le psychiatre la notion d'état dangereux n'a pas seulement une dimension altruiste. En effet, les malades suicidaires peuvent rester dangereux pour eux-mêmes. Ce risque peut ne pas être compatible avec la surveillance d'un service ouvert, c'est alors une raison supplémentaire au placement de ces malades en hôpital psychiatrique.

4°) - Inaccessibilité à une sanction pénale. Cette réponse découle directement de la position prise à la question N°2.

5°) - Curabilité et adaptabilité, c'est également à GAROFALO que revient le mérite d'avoir insisté sur ce concept. La notion d'état dangereux ne fait que souligner le côté négatif de la personnalité du sujet examiné. Reste à savoir s'il est réadaptable, s'il peut reprendre sa place dans la société, dans son groupe.

En effet, rares sont les "délinquants" qui présentent un état dangereux permanent, mais tous, comme l'a précisé E. DE GREEF ⁽¹⁾ passent par un état dangereux imminent au moment du passage à l'acte.

Le pronostic et le choix d'un traitement ne sont que le corollaire de cette notion d'adaptabilité, comme l'a précisé O. LOUDET (91). En effet, cet auteur dans la définition même de l'état dangereux introduit les notions de pronostic, de traitement, donc d'adaptabilité.

Afin d'envisager ces différents problèmes, d'un point de vue pratique, il est nécessaire de reprendre chacune des observations qui ont fait l'objet d'une expertise.

B.- PROBLEMES PARTICULIERS A PROPOS DE CHACUNE DES EXPERTISES

Les cas qui ont été expertisés sont au nombre de onze (N°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13).

Nous reprendrons dans un premier temps les expertises pour lesquelles les différentes questions posées soulèvent peu de problèmes puisqu'il s'agit de malades psychotiques ou épileptique (N°2, 3, 5, 8).

Dans un deuxième temps, nous étudierons les cas les plus

(1) De GREEF E. Introduction générale au problème de l'état dangereux, p.21-39; la classification des délinquants en fonction de l'état dangereux, p.581-593. Conférences du II^e cours international de Criminologie.

difficiles à résoudre, c'est-à-dire les dépressions névrotiques (N°1, 4, 6, 7, 9, 10 et 13) en insistant sur ceux qui peuvent soulever le plus de discussion.

1°) - Dans certains cas, il ne fait aucun doute que le malade était dément au sens de l'article 64 du C.P.
c'est-à-dire irresponsable de son acte:

a) - Monsieur G. Antoine (N°2) = était délirant au moment où il a tué sa famille. Mélancolique, il restait dangereux pour lui-même et pour le seul enfant survivant.

C'est pour cette raison qu'il fit l'objet d'un placement d'office dans un hôpital psychiatrique.

b) - Pour Mme W. Marie (N°3)

épileptique, les conclusions ont été semblables. Elle a été également internée par placement d'office dans un hôpital psychiatrique.

Il est cependant plus aisé dans le cas particulier, de donner un pronostic plus juste. En effet, si le traitement d'un accès mélancolique en assure la rémission, il ne met jamais tout à fait à l'abri d'une récurrence. Au contraire, un traitement anticonvulsif, bien ajusté et régulièrement suivi, sans interruption, a plus de chance d'être solidement efficace.

c) - Mme H. Odette (N°5)

C'est au cours d'une bouffée psychotique aiguë qu'elle a fait, sa tentative de suicide collectif. Les motivations étaient

nettement délirantes.

Etant données les caractéristiques de sa personnalité = fragilité, instabilité, susceptibilité de raptus anxieux, elle fut considérée comme dangereuse pour elle-même et son entourage, et fut internée.

Il est bien difficile là aussi de se prononcer sur le pronostic et la curabilité. Un traitement psychiatrique de longue durée est seul susceptible d'entraîner une amélioration mais ne supprime pas de façon absolue, le risque d'une nouvelle poussée psychotique aiguë.

d) - Mme C. Alice (N°8)

Mélancolique hypocondriaque, était délirante lorsqu'elle a commis son homicide.

Elle restait surtout dangereuse pour elle-même et devait être traitée dans un hôpital psychiatrique. Nous avons vu combien cette crainte d'un suicide se justifiait, puisqu'un mois plus tard elle se pendait dans la cellule de la prison où elle était encore avant son transfert en hôpital psychiatrique.

2°) - Les états névrotiques posent plus de problèmes :

Ces difficultés tiennent essentiellement à deux choses : d'une part ces sujets ont une personnalité moins manifestement pathologique que ceux des cas précédents; d'autre part, c'est a posteriori qu'on essaye de comprendre l'état psychique du sujet au moment du passage à l'acte, en grande partie d'après ses propres déclarations.

Il y a donc une part d'interprétation non négligeable et qui est d'autant plus importante que le sujet examiné se rapproche plus de la normale. Cette part d'interprétation explique les différences notoires qu'il peut y avoir dans les conclusions de divers experts.

On peut d'ailleurs se demander si toute conduite criminelle n'est pas pathologique.

D. LAGACHE (83) en 1950, écrivait : "Si le criminel n'est pas, dans la majorité des cas, un névrotique ou un psychotique au sens clinique et descriptif de ces termes, la question reste ouverte de savoir si la conduite criminelle doit ou non être considérée comme un désordre pathologique. On ne peut faire un postulat scientifique du trop simpliste dilemme : s'il n'est pas fou, il est normal et responsable. En règle générale, la conduite et la personnalité du criminel doivent être décrites et expliquées en elles-mêmes; on se demandera après si elles doivent être considérées comme pathologiques, et de quelle façon. Pour notre part, nous pensons que la dichotomie malade-criminel n'exprime que la limitation des connaissances psychopathologiques, et l'échec du psychiatre à appliquer au criminel les schémas psychiatriques; les conduites criminelles sont simplement un domaine mal exploré de la pathologie de la personnalité et de la conduite."

Disons d'emblée que pour ces sept expertises les malades ont été considérés comme ayant agi en "état de démence". Le choix du traitement et du lieu de soins dépendait de la persistance ou non d'un certain degré de dangerosité et aussi d'une indispensable garantie donnée à l'opinion publique. Nous allons voir maintenant, à propos de quels faits particuliers, cette irresponsabilité pouvait être mise en doute.

Dans ces cas douteux, le geste homicide ne peut être saisi dans sa complexité que par l'étude de la personnalité et de la situation psychologique particulière où se trouvait l'intéressé. C'est alors que les tests projectifs prennent toute leur importance. De même sont parfois nécessaires plusieurs entretiens avec le malade avant de pouvoir se prononcer.

a) - Observation N°1

L'interprétation du geste lui-même débarrassé de tout son contexte, pourrait faire croire que cette femme âgée a supprimé sa fille débile, car cette dernière représentait une charge devenue insupportable. Sa tentative de suicide pourrait sembler une capitulation. Tout ceci est d'autant plus possible que pour un observateur superficiel, Mme H. donnait l'impression d'une froide indifférence immédiatement après le meurtre.

Mais nous avons vu combien cette impression pouvait être trompeuse et l'affection cardiaque pesait lourdement dans la balance.

Après coup, la gravité de l'état dépressif rendait la malade dangereuse pour elle-même et nécessitait des soins en hôpital psychiatrique. Elle fut donc internée d'office.

b) - Observation N°4

Le fait que Mme M. donne plusieurs versions des faits peut paraître suspect. Mais l'étude psychopathologique lève rapidement le doute.

Dans cette névrose complexe le risque de poussées psychotiques aiguës reste constant.

La malade a été prise en psychothérapie. Etant donnée l'importance du contexte familial dans la détermination du passage à l'acte, l'expert a surtout insisté sur la nécessité de rendre le milieu familial plus favorable à la malade.

c) - Observation N°6

Une sanction administrative pour détournement de fonds, quelques années auparavant, constitue plutôt une charge pour Mr. H.

Son geste était prénédité puisqu'il avait placé un marteau sous son matelas et qu'il pensait exterminer sa famille depuis plusieurs jours. Au prime abord ces préparatifs peuvent paraître contradictoires avec le caractère de brutalité et parfois d'imprévisibilité du passage à l'acte. Or, nous avons vu que la préméditation est loin d'être exceptionnelle chez les malades suicidaires, qui peuvent plusieurs heures auparavant voire plusieurs jours, préparer leur suicide dans tous les détails et passer à l'acte soit avec une froide rigueur, soit au moment d'un raptus anxieux comme dans le cas de ce malade.

Le risque d'un geste auto-agressif persistant, Mr. H. a été tout d'abord traité en hôpital psychiatrique.

La fragilité des défenses de ce sujet fait que placé devant de nouvelles difficultés il reste susceptible d'un nouveau raptus. L'histoire ultérieure l'a d'ailleurs prouvé.

d) - Observation N°7

On pourrait à la rigueur poser la question du meurtre d'un

enfant illégitime. J.C. BATT (6), dans l'étude déjà citée, a constaté que le meurtre d'enfants illégitimes était plus fréquent chez les femmes dites "normales".

Nous ne reviendrons pas sur tous les éléments qui permettent de réfuter cette hypothèse, dans le cas particulier.

L'affectivité impulsive, les difficultés de contrôle émotionnel sont autant d'éléments qui pourraient faire craindre une nouvelle tentative de suicide, mais elle n'était plus considérée comme dangereuse et fut prise en psychothérapie.

e) - Les observations N°9, 10 et 13

Ne soulèvent pas de difficultés particulières après un bref examen. C'est pourquoi nous ne discuterons pas leurs conclusions.

Mme H.. (N°9) fut traitée dans l'hôpital psychiatrique de sa région. Quant aux cas (N°10 et 13) leur état était compatible avec leur maintien dans un service ouvert, ces deux malades furent donc traitées à la clinique psychiatrique de Strasbourg.

f) - Observation G. Jacqueline, citée à propos de
l'agressivité :

Par contre, nous voudrions revenir sur les conclusions de cette expertise, qui ont été les suivantes :

- l'examen psychiatrique révèle chez l'inculpée un déséquilibre caractériel de type psychopathique.

- l'infraction qui lui est reprochée se présente comme un acte impulsif, mal contrôlé, en relation avec ce déséquilibre caractériel.
- L'inculpée ne présente pas un état dangereux et son internement n'est pas nécessaire.
- Elle est accessible à une sanction pénale.
- Elle est accessible aux entretiens psychothérapeutiques et réadaptable dans une assez large mesure aux conditions de vie dans lesquelles elle est engagée.
- Au moment des faits elle n'était pas en état de démence au sens de l'article 64.
- L'état de grossesse dans lequel elle se trouve constitue certainement une circonstance atténuante: il a contribué à accentuer la fatigue, à exacerber la nervosité et l'irritabilité et à émousser le pouvoir de contrôle des impulsions.

Voici un cas où il est bien difficile de prendre position. Nous avons été frappés par l'identité entre cette observation et les cas de suicides collectifs. Cependant, les conclusions ont été assez différentes: responsabilité atténuée. C'est encore une preuve des difficultés rencontrées par l'expert et de la part non négligeable qui revient à l'interprétation.

Mais, comme l'écrit LAGACHE (83) : "A la subjectivité des valeurs du criminel isolé, s'oppose l'intersubjectivité des valeurs du groupe devant lequel il doit répondre de son acte. L'intersubjectivité tend vers l'objectivité. A la limite, que sont le vrai et le faux, sinon les valeurs communes qui réunissent les hommes à la recherche de la vérité?"

Conclusions :

Rappelons simplement pour conclure les difficultés rencontrées par l'expert :

- Une difficulté générale qui est celle d'établir un pronostic, d'autant que l'apparence, chez ces déprimés, est souvent trompeuse au cours des premiers entretiens. Il n'est jamais possible d'affirmer, de façon certaine, l'absence d'un nouveau danger.

- Des difficultés particulières pour apprécier le degré de responsabilité, il s'agit toujours d'une interprétation de faits a posteriori.

- C O N C L U S I O N S -

Le suicide collectif pose un problème difficile à l'expert en raison de sa rareté, en raison de la gravité du geste homicide et de l'éventuelle dangerosité.

L'acte meurtrier est accompli sous l'effet d'une pulsion agressive féroce. Sa réalisation suppose pour le sujet, des conditions psychologiques particulières qui sont les suivantes :

- 1) - L'intention suicidaire
- 2) - L'impossibilité de s'isoler affectivement et de rompre avec tout son monde relationnel, avec pour corollaire : la nécessité d'entraîner dans la mort les possessions affectives les plus chères (enfants, conjoint).
- 3) - Cet ultime acte d'amour possessif s'exprime parfois dans le paradoxe monstrueux du meurtre sadique, sanglant, exécuté sauvagement.
- 4) - Il traduit l'ambiance psychotique dans laquelle vit le sujet.

Notre étude porte sur 14 cas, dont 11 ont été expertisés : 10 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg et un à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld.

L'étude criminologique a permis de préciser les faits suivants:

Le suicide collectif est un acte médico-légal rare.

Il est le plus souvent le fait d'une femme, jeune, les victimes en sont ses enfants.

C'est un crime souvent nocturne, qui a pour décor, la plupart du temps, le domicile du meurtrier. Il est parfois réalisé avec des moyens rudimentaires et sanglants, témoignant alors de l'acharnement destructeur et sadique du sujet.

Les facteurs lointains et immédiats qui ont joué un rôle dans le déterminisme du crime sont divers. Les plus fréquemment retrouvés sont les suivants: des difficultés familiales et conjugales; une affection sonatique mettant la vie de l'intéressé en danger; des difficultés matérielles; une faute professionnelle grave; l'isolement affectif.

L'étude clinique a permis de constater la diversité des troubles psychopathologiques en cause.

La forme la plus caractéristique du passage à l'acte est réalisée par le mélancolique. Mais notre série comporte en outre des cas isolés de psychose aiguë, de schizophrénie au début, d'état crépusculaire épileptique et de dépression réactionnelle sans élément psychotique.

Enfin, l'étude médico-légale a mis l'accent sur les difficultés rencontrées parfois par l'expert pour apprécier la responsabilité et la dangerosité du meurtrier.

Le problème est relativement simplifié quand il s'agit d'une psychose nettement caractérisée (mélancolie délirante, psychose délirante aiguë, état confusionnel): au moment des faits qui leur sont reprochés, les accusés étaient déments au sens de l'article 64 du Code Pénal et sont ainsi soustraits à la Justice. En principe, ils restent dangereux pour autrui ou pour eux-mêmes tant que persistent les symptômes de la maladie et doivent de ce fait être maintenus dans un établissement régi par la loi du 30 juin 1838.

Dans les autres cas, notamment dans les états dépressifs non délirants, les névroses, les réactions paroxystiques, l'expert s'emploiera à rechercher si le suicide a bien été l'intention primordiale du sujet et si l'idée du libéricide ne s'est articulée que secondairement. Dans ces cas il est admis que le sujet relève du psychiatre et non pas de la Justice.

Finalement, à une exception près, tous les cas réunis ont fait l'objet d'un non-lieu.

Seule la confrontation des données cliniques et psychologiques permet de tirer des conclusions valables pour les décisions judiciaires et le choix d'une conduite thérapeutique.

Vu :

Strasbourg, le 28 mars 1968

LE PRESIDENT DE THESE

signé : Th. KAMMERER

Vu :

Strasbourg, le 1^{er} avril 1958

LE DOYEN

DE LA FACULTE DE MEDECINE

signé: J. CLAVERT

- B I B L I O G R A P H I E -

- (1) ABRAHAM K.
Préliminaires à l'investigation et au traitement
psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et
des états voisins.
in Oeuvres complètes, 1, Paris, Payot, 1965, p.99-113.
- (2) ABRAHAM K.
Esquisse d'une histoire du développement de la libido
basée sur la psychanalyse des troubles mentaux.
In Oeuvres complètes, 2, Paris, Payot, 1966, p.255-313.
- (3) ABRAHAM K.
Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du
développement de la libido.
in Oeuvres complètes, 2, Paris, Payot, 1966, p.231-254.
- (4) BALLOTTA F.
Suicidio Colletivo di una intera famiglia.
Instit. di Med. leg. ed. Assicuraz; Univ. Bologna)
Zacchia, II, S.4, 1940, p.145-158.
- (5) BARBE A.
L'obsession - impulsion au suicide et à l'homicide.
L'Encéphale, 16, 1921, p.304-310.
- (6) BATT J.C.
Homicidal incidence in the depressive psychoses.
J. Ment. Sc., 94, 1948, p.782-792.
- (7) BENDER L.
Psychiatric mechanism in child murderers.
J. Nerv. ment. dis., 80, 2, 1934, p.32-47.
- (8) BOILEAU de CASTELNAU
De la folie instantanée considérée au point de vue
médico-judiciaire.
Thèse, Paris, 1841.

- (9) BORDIGONI D.
Etat crépusculaire épileptique et comportement
criminel.
Thèse, Strasbourg, 1961, N°3.
Importante bibliographie sur l'Epilepsie psycho-
motrice.
- (10) BOUZAT P. et PINATEL J.
Traité de Droit Pénal et de Criminologie.
Libr. Dalloz, Paris, T.III, 1963.
- (11) BREND W.A.
The mental condition preceding suicide.
The Practitioner, C. III, 1919, p.401-411.
- (12) BROCKHAUS A. Th.
Zur Psychologie des Selbstmordes der Psychopathen.
Monatsch. f. Kriminopsychol. und Strafrechtsform,
13, 1922, p.290-297.
- (13) BROUKHANSKI N.
Les suicides et la Personnalité des suicidés.
Ann. Méd. Légale, 1926, p.72-83.
- (14) CALMEIL L.F.
La folie sous le point de vue pathologique, philo-
sophique et judiciaire.
Baillière, Paris, 2 vol. 1845, 553 p. & 552 p.
- (15) CANDIOTTI C. et DEROIBERT L.
Considérations statistiques sur le suicide et ses
répercussions sociales. 28, N°1, 1948.
- (16) CLAUDE H. et MASQUIN P.
Tentatives amnésiques de suicide au cours d'états
obsessionnels.
Ann. Méd. psychol. (pt.1), 90, 1932, p.424-428.
- (17) CODE PENAL
Paris, Librairie Dalloz, 1962.
- (18) COURBON P. et FAIL G.
Le suicide par logique dénentielle et les autres
espèces de suicide des aliénés.
Ann. Méd. Psychol. T.II, 1927, p.193-194.

- (19) CRICHTON-MILLER H.
The Psychology of suicide.
Brit. Med. J. T.II, 1931, p.239-241.
- (20) DANY T. et GELMA E.
La mère et l'instinct maternel.
Cahiers de Psychiatrie, 2, 1948, p.39.
- (21) DELAY J., ESCOUROLLE et DEREUX J.F.
Contribution à l'étude de l'infanticide pathologique.
Sem. des Hôp. Paris, 1957, p.4069-4079.
- (22) DELMAS A.
Psychologie pathologique du suicide.
Paris, Félix Alcan, 1932.
- (23) DENICKER P., PICHOT P., LEMPERIERE Th. et PERSE J.
Intérêt des examens paracliniques dans l'appréciation
des cas de psychiatrie médico-légale.
Congrès méd. alién. neurol. Rennes.
Comptes-rendus, Masson, Paris, 1951, p.622-642.
- (24) DESHAIES G.
Psychologie du suicide.
Presses Univ. de France, 1947, 375 p.
- (25) DESHAIES G.
Les doctrines du suicide.
L'évol. psychiat., 1952, p.41-54.
- (26) DESHAIES G.
Des causes et des conséquences du suicide.
Ann. méd. psychol. T.I, 1949, p.259-270.
- (27) DIGO R.
Mélancolie. Etude clinique.
Encyclop. médico-chirurgicale,
Psychiatrie, 1, 37210, A¹⁰.
- (28) DOMBROWSKI C.
Les conditions psychologiques du suicide.
Thèse, Genève, 1929.

- (29) DREWRY Ph. et WALL J.H.
Mental reactions and their managements in patients
with cardiac disease.
Amer. J. Psychiat., 94, N°2, 1937, p.561-576.
- (30) DUBUISSON P., VIGOUROUX A.
Responsabilité pénale et folie.
Félix Alcan, Paris, 1911.
- (31) DUMAS G.
Analyse du livre de M. de Fleury : L'angoisse
humaine.
J. Psychol. norm. et pathol., 1926, p.1053-1060.
- (32) EBTINGER R.
L'adolescent et son corps. (A propos de l'hypocondrie
et du suicide)
Strasbourg Méd., 18, 1967, 9, p.844-855.
- (33) ELLENBERGER H.
Relations psychologiques entre le criminel et la
victime.
Rev. Int. crimin. pol. tech., 8, 1954, 2, p.103-121.
- (34) ELLENBERGER H., DONGIER M.
Criminologie - Psychiatrie.
Enc. Méd. Chir., Paris, 1958.
- (35) ESQUIROL E.
Des maladies mentales considérées sous les rapports
médical, hygiénique et médico-légal.
J.B. Baillière, 1838.
- (36) ESQUIROL E.
Mémoire sur la monomanie homicide.
Masson, Paris, 1820, 831 p.
- (37) EY H.
Les troubles de la mémoire.
Etude N°9, in Etudes psychiatriques 2, Desclée de
Brouwer et Cie, Paris, 1950, p.9-68.
- (38) EY H.
Impulsions.
Etude N° 11, in Etudes Psychiatriques, 2, Desclée de
Brouwer & Cie, Paris, 1950, p.163-212.

- (39) EY H.
Le suicide pathologique.
Etude N°14, in Etudes Psychiatriques, 2, Desclée de
Brouwer & Cie, Paris, 1950, p.341-378.
- (40) EY H.
Mélancolie
Etude N°22, in Etudes Psychiatriques, 3, Desclée de
Brouwer & Cie, Paris, 1950, p.117-200.
- (41) FARBEROW N.L.
Personality Pattern of Suicidal Mental Hospital
Patients.
Genet. Psychol. Monographs, 42, 1950, p.3-79.
- (42) FAVEZ BOUTONIER J.
Psychanalyse et Criminologie.
in Psychanalyse d'aujourd'hui, P.U.F., Paris,
1957, 3, p.3-15.
- (43) De FLEURY M.
L'angoisse humaine.
Paris, les Ed. de France, 1924.
- (44) FOUKS L., COLMICHE P., VILERMANN, FILOU J. et DONOFF R.
Note sur la psychologie des mélancoliques.
Ann. Méd. psychol., T.II, 1950, p.218-222.
- (45) FRANKS R.M.
The pathogenesis and Prevention of suicide.
Canad. Med. Ass. J. 37, 1937, p.139-143.
- (46) FREUD S.
Au-delà du principe du plaisir.
Essais de Psychanalyse, Paris, Petite Bibliothèque,
Payot, 1966. p.7-81.
- (47) FREUD S.
L'homme aux rats.
Cinq psychanalyses, P.U.F. Paris, 1967, p.199-261.
- (48) FREUD S.
Deuil et Mélancolie
in Metapsychologie, Rev. Franç. de Psychanal., 9,
1936, 1, p.102-116.

- (49) FREUD S.
Psychologie collective et analyse du Moi.
Essais de Psychanalyse, Paris, Petite Bibl. Payot,
1966, p.83-175.
- (50) FREUD S.
Psychopathologie de la vie quotidienne.
Payot Ed. Paris, 1963, 321 p.
- (51) FREUD S.
L'inconscient.
in Metapsychologie, Paris, Gallimard, 1952, p.91-161.
- (52) FREUD S.
Zur Einleitung der selbstnord. Diskussion.
Schlusswort der Selbstnord. Diskussion.
Ges. Werke, Band VIII, Werke aus den Jahren 1909-
1913, Imags Publishing, London, 1943,
p.62-64.
- (53) FRIBOURG -- BLANC et MASQUIN P.
Tentative de suicide au cours d'un état second chez
un obsédé anxieux.
Ann. méd. psychol., T.I, 1932, p.428-434.
- (54) FRIEDMANN P.
Sur le suicide.
Rev. franç. de psychan. 1, 1935, p.106-148.
- (55) GARMA A.
Psycho-analytic investigation in Melancholia and
other types of depression.
Year Book of Psychoanal. 1947, 3.
- (56) GARMA A.
Psychologie des Selbstmordes.
Imago, XXIII, 1937, p.63-95.
- (57) GAROFALO R.
La Criminologie.
1^{ère} Ed. Italienne, 1885, p.328-332.
- (58) GAROFALO R.
Studi recenti sulla penalita.
Giornale napoletano di filosofia e lettere,
oct. 1878.

- (59) GAROFALO R.
Di un criterio positivo della penalità.
Naples, 1880.
- (60) GARRISSON G.
Le suicide dans l'antiquité et dans les temps modernes.
Paris, éd. A. Rousseau, 1885.
- (61) GILLIBERT J.
Deuil, Mort, Mème.
Rev. franç. de Psychan. T. XXI, 1967, N°1, janv.fév.
- (62) GODIN A.
Suicide ou sacrifice?
Recherches sur le désengagement en psychologie normale et criminelle.
Psyché, 3, 1948, p.1048-1063.
- (63) GREEF (De) E.
Criminogénèse.
P.U.F., 6, 1950, 267 p.
- (64) GREEF (de) E.
Introduction à la Criminologie.
Édition de l'Eclou, Louvain, 1937.
- (65) HELLER
Un cas de tentative de suicide dans un état crépusculaire affectif?
Strasbourg Méd., 92, 1932, 103, fév. 15.
- (66) HERSCHMANN H.
Médiocrité psychopathologique et aptitude au service en campagne.
Wiener Gesellsch. für innere Medizin und Kinderheilk.)
Wien. Med. Wschr., 1919, 29.
- (67) HERSCHMANN H.
Remarques sur le travail de Rudolf ALLERS.
"Les troubles psychogènes en milieu de langue étrangère." Le délire de persécution chez l'isolé linguistique.
Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 66, 1921, p.346.

- (68) HEUYER G., DESCLAUX P. et DIGO R.
Le suicide collectif.
Sen. Hôp. Paris, 25, 1948, p.3625-3631.
- (69) HEUYER G., LEBOVICI S. et GIABICANI A.
Le sens de la mort chez l'enfant.
Ann. méd.-psychol. T.I, 1954, p.241.
- (70) HOPWOOD G.
Child murder and Insanity.
J. ment. sci., 73, 1927, p.95-108.
- (71) HUSSA R.
Selbstmord nach Mord. Ein kasuistischer Beitrag.
Psychiat. Neur. Wschr., 32, 1930, 243-249.
- (72) JACOBSON E.
Depression. The Oedipus Complex in the Development of Depressive Mechanisms.
Psychoanal. Quarterly, 12, 1943, p.541-560.
- (73) JANTZ E.
Schizophrenie und Selbstmord.
Der Nervenarzt, 22, 1951, p.126-133.
- (74) JASPERS K.
Nostalgie et délinquance.
Thèse Heidelberg, 1909.
- (75) KENSHIRO O. M.D.
Characteristics of suicides in Japan especially of parent. child double suicide.
Amer. J. Psychiat., 120, 1963, p.382-385.
- (76) KLEIN M.
Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs.
in Essais de Psychanalyse, Payot, Paris, 1967, p.311-340.
- (77) KLEIN M.
Le deuil et ses rapports avec la psychose maniaco-dépressive, in Essais de Psychanalyse, Paris, Payot, 1967, p.341-369.

- (78) KOECHLIN Ph.
Perturbations de mécanismes instrumentaux d'insertion
au milieu. (Essai psychopathologique).
Evol. psychiat. 3, 1956, p.585-611.
- (79) KOUPERNIK G., TOMKIEWICZ S. et BASQUIN M.
Pathologie générale et psychiatrie.
Encycl. médico-chirurgicale, Psychiatrie, 2, 37670 A¹⁰.
- (80) LACAN J. et CENAC M.
Introduction théorique aux fonctions de la psychana-
lyse en criminologie.
Rev. Franç. de Psychan. 15, 1951, p.7-29.
- (81) LAGACHE D.
Le travail du deuil. Ethnologie et Psychanalyse.
Rev. fr. de Psychanal. 1938, 10, p.708.
- (82) LAGACHE D.
La psychanalyse.
P.U.F., 1956, 126 p.
- (83) LAGACHE D.
Psycho criminogénèse.
Actes du II^e Congrès International de Criminologie,
Paris, sept. 1950.
Rev. franç. de Psychan. 15, 1951, p. 103-129.
- (84) LEBOVICI S.
Contribution psychanalytique à la compréhension et
au traitement de la mélancolie.
L'évol. Psychiatrique, 3, 1955, p.502-531.
- (85) LEBOVICI S., MALE P. et PASCHE F.
Psychanalyse et Criminologie.
Rapport au XIII^e Congrès français de Psychanalyse,
Paris, 1950.
Rev. franç. Psychanal. 15, 1951, p.30-61.
- (86) LEMPERIERE T.
Le comportement suicidaire.
Cahiers Laënnec, N°4, déc. 1966.
- (87) LEWIS N.L.D.
Psychic phenomena in association with cardiac failure.
Arch. Neurol. et Psychiat., 37, 1937, p.782-795.

- (88) LEWIS N.D.C.
Studies on suicide.
Psychoanal. Rev. 20, 1933, p.241-273.
21, 1934, p.146-153.
- (89) LIBERSON W.T.
Problem of sleep and mental disease.
Digest. Neurol. Psych. Inst. of living, 13, 1945,
p.93-108.
- (90) LIPSCHUTZ L.S.
Some administrative aspects of suicide in the mental
Hospital.
Amer. J. Psychiat., 99, 1942, p.181-187.
- (91) LOUDET O.
Le diagnostic de l'état dangereux, méthodologie.
Actes du II^e Congrès international de criminologie.
T.VI, 1950, Paris, p.449-462.
- (92) Mc. DERMAID G., WINCKLER E.
Psychiatric study of homicide cases.
J. clin. exp. psychopathol. 16, Ann. in Excerpta
Med. Amst., Sect. VIII, 4, 1951, p.2601.
- (93) MALLET J.
La dépression névrotique.
L'évolution psychiatrique, 3, 1955, p.483-501.
- (94) MARCHAND L. et AJURIAGUERRA J.
Du suicide chez les épileptiques.
Presse Méd. 33, 1941, 34, p.407-411.
- (95) MATHESON J.C.M.
Abnormalities of memory in criminal cases.
Méd. lég. J. Camb. 20, 2, 1952, p.39-54.
- (96) MENNINGER K.A.
Psychoanalytic Aspects of suicide.
Int. J. Psycho-Anal. 14, 1933, p.376-390.
- (97) MENNINGER K.A.
Psychoanalytic Aspects of suicide.
Arch. Neurol. a. Psychiatr. 25, 1931, p.1369-1372.

- (98) MENNINGER K. A.
Man against Himself.
Analyse. An. J. Psychiat. 96, 1939-40, p.1485-1486.
- (99) MEYNARD L.
Le suicide.
Presses Univ. de France, 1966.
- (100) MINOVICI M.
Cas de folie communiquée. Suicide collectif par l'oxyde de carbone (10 personnes appartenant à la même famille.)
Ann. de méd. lég. 9, 1929, p.459-476.
- (101) NACHT S. et RACAMIER P.C.
Les états dépressifs - étude psychanalytique.
Communication au 21^e Congrès International de Psychanalyse, Copenhague, 1959.
Rev. franc. de Psychanal. 23, 1959, p.567.
- (102) NEUSTATTER W.L.
The Mind of the Murderer.
Philosophical Library ed. New York, 1957.
- (103) NEUSTATTER W.L.
Psychiatry and Crimes.
Practitioner, 170, 1953, 1018, p.391-399.
- (104) NIEL F.
Albigeois et Cathares "Que sais-je". N°689.
Presses Univers. de France, 1967.
- (105) ODIER Ch.
L'angoisse et la pensée magique.
Delachaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris, 1947.
- (106) PINATEL J.
Criminologie.
Traité de Droit pénal et de Criminologie.
Librairie Dalloz, Paris, 1963, T.III, 542 p.
- (107) PODOLSKY E.
The manic murderer.
Med. Leg. J. Camb. 27, 4, 1959, p.162-165.

- (108) PROVENT P.
Le suicide "post-agressionnel"
(Soc. Méd. Lég. de France, Paris, 16.4.1928).
Ann. Méd. Lég., 8, 1928, p.232-239.
- (109) QUIROZ CUARON A.
Complejo de Médea y Misdeato (femme meurtrière de
ses enfants).
Criminalia, Mexique, 22, 1956, 3, p.116.
- (110) RADO S.
Das Problem der Melancolia.
Intern. Zeitschr. f. Psychanal. 1927.
- (111) REICHARD S. and TILLMANN C.
Murder and Suicide as Defenses against Schizophrenic
Psychosis.
J. Clin. Psycho-pathol. II, 1950, p.149-153.
- (112) ROGER H.
Coeur et Cerveau.
Ann. méd. psychol. 1, N°6, 1953, p.601-627.
- (113) ROHMER F., ISRAEL L., WEILL A.
De l'intérêt de l'électroencéphalographie dans le
diagnostic des équivalents psychiques à forme médico-
légale.
27^e Congrès Intern. Méd. Lég. Strasbourg, 1954.
- (114) SCHILDER P.
Problems of crime.
in psychoanalysis Today. Londres, Sandor, Lorand, George
Allen and Unwin Ltd., 1948, p.342-353.
- (115) SCHIPKOWENSKY N.
Schizophrenie und Mord.
J. Springer, Berlin, 1938.
- (116) SCHNEIDER P.B.
La tentative de suicide. Etude statistique, clinique,
psychologique et catamnétique.
Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1954, 291 p.
- (117) SCHULTZ J.H.
Zur Psychologie des Selbstmordes.
Der Nervenarzt, 23, 1952, p.67.

- (118) SEELIG E.
Traité de criminologie.
P.U.F., Paris, 1956.
- (119) SIMONIN C.
Médecine Légale judiciaire.
Librairie Maloine, Paris, 3^e édit., 1955, 1054p.
- (120) STROWSKI DE LANKA M.
Le suicide à deux.
Thèse Médecine de Bordeaux, 1933.
- (121) TANFANI L.
Su particolari quadri psichici osservati in lavoratori emigrati.
Gior. psichiat. e neuropat. 82, 1954, p.821-838.
- (122) TANFANI L. et CAPRINI G.
Ultime contribution à la connaissance des tableaux psychiques particuliers observés chez les ouvriers émigrés.
Neurono, 1954, 3, N°2.
- (123) TARDIEU A.
Etude médico-légale de la folie.
Baillière, Paris, 1880, 686 p.
- (124) TELLENBACH H.
Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik.
Springer, édit. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1961.
- (125) TRILLOT J. et BERNARDY J.
Suicide retardé d'un meurtrier. Etude criminologique.
(Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, Paris, 14.V.1956).
Ann. Méd. Lég. etc., 36, 1956, p.159-163.
- (126) TUTEUR W., GLOTZLER J.
Murdering mothers.
Am. J. psychiat. 116, 1959, p.447-451.
- (127) WAELE (de) J.P.
Les deux Rorschach d'un paricide. Contribution à l'étude de l'état dangereux.
Acta Neurol. psychiat. belg. 222, 1957, 259, p.263-302.
-

- Table des Matières -

	Pages
Introduction et Définition	2
<u>Chapitre I :</u>	
Observations	8
<u>Chapitre II :</u>	
Etude criminologique et psychopathologique . .	86
A.- Particularités des observations N°11 & 14	88
B.- Etude criminologique	90
C.- Caractères du passage à l'acte et étude psychopathologique	107
<u>Chapitre III :</u>	
Aspect médico-légal L'expertise	
A.- Notions générales	125
B.- Problèmes particuliers à propos de chacune des expertises	127
Conclusions	136
Bibliographie	139
